



MŁODZI W KRYZYSIE



Praca
zbiorowa

Warszawa
2022

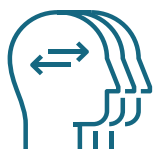
Informacje o publikacji:

Publikacja pt. „Młodzi w kryzysie” powstała w ramach podsumowania zagadnień omawianych podczas 2 edycji kursu „Młodzi w kryzysie – pomoc młodzieży w wieku 13–26 lat w Warszawie doświadczającej sytuacji kryzysowych” zrealizowanego przez Urząd m.st. Warszawy w 2020 i 2021 roku, w ramach programu „Młoda Warszawa. Miasto z klimatem dla młodych 2016–2020”.

W każdej edycji kurs obejmował około 30 godzin szkoleniowych. W zajęciach wzięły udział osoby pracujące z młodzieżą lub na jej rzecz – psychologowie/psycholożki i pedagodzy/ pedagożki szkolni/e, nauczyciele/ nauczycielki, pracownicy/ pracowniczki organizacji pozarządowych oraz urzędnicy/ urzędniczki.

Podczas kursów prowadzącymi były osoby będące ekspertami i praktykami w wybranych dziedzinach: Małgorzata Łuba, psychoterapeutka i suicydolog, Michalina Kulczykowska, Patrycja Nalazek, Domnika Doleszczak, Oliwia Pogodzińska z Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, Agnieszka Sikora i Elżbieta Szadura-Urbańska z Fundacji po DRUGIE oraz Marta Lewandowska i Lena Rogowska-Lewandowska z Fundacji Kultury Dialogu.

Koordynacja i organizacja kursu: Anna Cieśla, Centrum Komunikacji Społecznej Urzędu m.st. Warszawy, Zespół Polityki Młodzieżowej (politykamlodziejowa@um.warszawa.pl)



MŁODZI W KRYZYSIE PSYCHICZNYM



MŁODZI W KRYZYSIE ZWIĄZANYM Z PRZEMOCĄ ORAZ UZALEŻNIENIEM



MŁODZI BEZ DACHU NAD GŁOWĄ, MŁODZI NA MARGINESIE ŻYCIA



MŁODZI ZAGROŻENI DYSKRYMINACJĄ



GDZIE SZUKAĆ POMOCY W M.ST. WARSZAWA

O AUTORKACH

Małgorzata Łuba – psycholożka i psychoterapeutka poznawczo-behawioralna. Członkini zespołu roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie do Spraw Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia. Certyfikowany suicydolog (certyfikat wydany przez Polskie Towarzystwo Suicydologiczne) z kwalifikacjami do prowadzenia działalności edukacyjnej i prewencyjnej w zakresie suicydologii. Wykładowczyni Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (prowadzenie zajęć dydaktycznych z zakresu poradnictwa psychologicznego oraz interwencji w sytuacji zagrożenia życia dla kursantów studiów podyplomowych). Certyfikowana trenerka z 16-letnim doświadczeniem w prowadzeniu szkoleń (łącznie ponad 14 tys. przepracowanych godzin szkoleniowych). Prelegentka ponad 90 konferencji, kongresów, seminariów oświatowych i forów edukacyjnych na terenie całego kraju.

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

Dominika Doleszczak – psycholożka, socjoterapeutka, absolwentka psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, ukończyła studium socjoterapii w Mazowieckim Centrum Psychodynamicznym, aktualnie w trakcie dwuletniego szkolenia terapii środowiskowej dzieci i młodzieży w Centrum CBT; w FDDS pracuje od 7 lat i zajmuje się organizacją i opieką merytoryczną nad stażystami Telefonu Zaufania, prowadzi szkolenia i warsztaty dla dzieci i młodzieży, rodziców oraz profesjonalistów; pracuje również w liceum ogólnokształcącym.

Michalina Kulczykowska – psycholożka, absolwentka Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, ukończyła półroczny kurs terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży w Centrum CBT; w FDDS pracuje od 2016 roku jako konsultantka oraz interwent kryzysowy, a także zajmuje się szkoleniem stażystów i profesjonalistów w tematyce pomocy psychologicznej oraz supervizją ich pracy w tym obszarze, a także przeprowadzeniem warsztatów dla dzieci i młodzieży w tematyce rozwiązywania problemów, radzenia sobie z emocjami czy zagrożeń online i hejtu.

Patrycja Nalazek – psycholożka, socjoterapeutka, terapeutka, absolwentka Uniwersytetu SWPS, po szkoleniu z psychoterapii poznawczo-behawioralnej z elementami terapii psychodynamicznej, w Fundacji zajmuje się diagnozą dzieci oraz psychoterapią dzieci i dorosłych, ma także doświadczenie pracy z dzieckiem i rodziną w Pogotowiu Opiekuńczym i Domach Dziecka.

Oliwia Pogodzińska – psycholożka, trenerka, absolwentka społecznej psychologii klinicznej Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SPWS oraz Międzywydziałowego Studium Pedagogicznego SWPS, ukończyła też kurs I stopnia Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach i dalej szkoli się w tym podejściu; w Fundacji pracuje od 2014 roku jako specjalistka ds. pomocy telefonicznej i online dzieciom i dorosłym, jest autorką artykułów dotyczących rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży.

Fundacja po DRUGIE

Agnieszka Sikora – pedagożka resocjalizacji, posiada specjalizację z zakresu pomocy społecznej, ukończyła również studia dziennikarskie. Jest założycielką Fundacji po DRUGIE, którą prowadzi od ponad 9 lat – zarządzając nią oraz współpracując na co dzień z młodzieżą doświadczającą bezdomności i zagrożoną wykluczeniem. Jest autorką ponad 300 reportaży telewizyjnych i radiowych, autorką publikacji i opracowań dotyczących problematyki bezdomności młodzieży i nieletniego macierzyństwa, ma doświadczenie w prowadzeniu warsztatów i szkoleń.

Elżbieta Szadura-Urbańska – psycholożka, trenerka, terapeutka. Posiada wieloletnie doświadczenie w pracy z osobami wykluczonymi: w kryzysie bezdomności, matkami z domów samotnej matki, osobami bezrobotnymi i osobami z niepełnosprawnościami. W Fundacji po DRUGIE prowadzi zajęcia indywidualne, wsparcie grupowe, treningi umiejętności miękkich oraz szkolenia dla kadr i młodzieży.

O AUTORKACH

Fundacja Kultury Dialogu

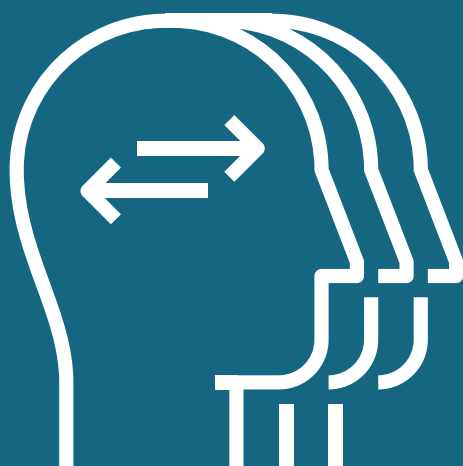
Lena Rogowska-Lewandowska – trenerka równościowa, facylitatorka, animatorka kultury. Wiceprezeska Fundacji Kultury Dialogu. Certyfikowana trenerka pierwszego stopnia STOP. Absolwentka Akademii Teatralnej w Warszawie, Wydziału Filozofii UW, Gender Studies IBL PAN, Akademii Treningu Antydyskryminacyjnego oraz Zaawansowanej Szkoły Facylitacji Społecznej. Od 2008 roku przeprowadziła ponad 1700 godzin warsztatów antydyskryminacyjnych, komunikacji międzykulturowej, pracy z osobami z niepełnosprawnościami, przeciwdziałania przemocy i bullingowi. Pracuje przede wszystkim z urzędnikczkami/ami, nauczycielkami/ami, dziennikarkami/rzami ogólnopolskich mediów, studentkami/ami i kadrą uniwersytecką (SWPS, UW, EAH).

Marta Lewandowska – trenerka warsztatu umiejętności psychospołecznych, ukończyła filozofię na UW i Podyplomowe Studium Zarządzania Organizacjami Pozarządowymi Collegium Civitas. W latach 2002 – 2009 członkini zarządu i prezeska Stowarzyszenia OPTA, w którym rozwijała program przeciwdziałania przemocy wobec kobiet (zarówno w przestrzeni rodzinnej jak i zawodowej). Współtworzyła i prowadzi Fundację Kultury Dialogu, która zajmuje się podnoszeniem jakości dialogu w przestrzeni publicznej. Od pięciu lat prowadzi warsztaty antydyskryminacyjne, m.in. dla osób pracujących w urzędach i instytucjach m.st. Warszawy (w ramach realizowanego przez Fundację projektu „Warszawa włącza”).

Spis treści:

I. MŁODZI W KRYZYSIE PSYCHICZNYM	8
OKRES DOJRZEWANIA I ZAGROŻENIA W JEGO PRZEBIEGU – Małgorzata Łuba	9
Charakterystyka dojrzewania	9
Obszary trudności i zagrożeń	12
Formalne i prawne aspekty opieki nad młodzieżą	14
Bibliografia	15
KRYZYS PSYCHICZNY I ELEMENTY INTERWENCJI KRYZYSOWEJ – Małgorzata Łuba	16
Od stresu do kryzysu	16
Rodzaje kryzysów	17
Oznaki i negatywne skutki kryzysu	18
Interwencja kryzysowa, czyli pierwsza pomoc psychologiczna	19
Kolejność działań interwencyjnych	20
Konieczność współpracy z rodzicami i opiekunami	23
Na zakończenie	26
Bibliografia	26
SAMOUSZKODZENIA U MŁODZIEŻY – ZROZUMIEĆ, ŻEBY MĄDRZE REAGOWAĆ – Małgorzata Łuba	27
Charakterystyka i skala samouszkodzeń wśród młodzieży	27
Czynniki ryzyka samouszkodzeń	28
Mądra pomoc	29
Sygnały ostrzegawcze	30
Syndrom chronicznych samouszkodzeń bez intencji samobójczych	31
Funkcje samouszkodzeń	33
Ograniczanie szkód związanych z samouszkodzeniami	35
Treningi radzenia sobie	36
Samouszkodzenia a zachowania samobójcze – jedno i to samo?	36
Bibliografia	38
STANY DEPRESYJNE I KRYZYS SAMOBÓJCZY – Małgorzata Łuba	39
Od depresji do autodestrukcji	39
Co odróżnia przygnębienie od depresji?	40
Zachowania samobójcze	41
Sygnały zagrożenia	43
Czynniki protekcyjne i czynniki ryzyka	45
Działania profilaktyczne	52
Bibliografia	55

II.	MŁODZI W KRYZYSIE ZWIĄZANYM Z PRZEMOCĄ ORAZ UZALEŻNIENIEM	56
	KRYZYS ZWIĄZANY Z PRZEMOCĄ FIZYCZNĄ, PSYCHICZNĄ I SEKSUALNĄ W RODZINIE LUB W SZKOLE – Michałina Kulczykowska, Patrycja Nalazek	57
	Ogólna charakterystyka przemocy	57
	Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci	58
	Przemoc w rodzinie i jej mechanizmy	61
	Co powinna usłyszeć ofiara przemocy w zależności od fazy przemocy?	62
	Przemoc w internecie	63
	Rozpoznanie wykorzystywania seksualnego dziecka/nastolatka	65
	Pomoc i wsparcie innych organizacji i instytucji	67
	KRYZYS ZWIĄZANY Z UZALEŻNIENIEM I WSPÓLUZALEŻNIENIEM MŁODYCH LUDZI – Dominika Doleszczak, Oliwia Pogodzieńska	69
	Mechanizmy uzależnienia i funkcjonowania osoby uzależnionej	69
	Metody pracy z młodą osobą zmagającą się z uzależnieniem	70
	Współuzależnienie	71
	Dorośle Dzieci Alkoholików	75
	Pomocne narzędzia badania sytuacji osoby w kryzysie i psychoedukacji	75
	Pomoc i wsparcie innych instytucji i organizacji	79
	Bibliografia	81
III.	MŁODZI BEZ DACHU NAD GŁOWĄ, MŁODZI NA MARGINESIE ŻYCIA	82
	KRYZYS BEZDOMNOŚCI – Agnieszka Sikora, Elżbieta Szadura-Urbańska	84
	Co to jest bezdomność?	85
	Sytuacja w Warszawie	86
	Młodzi bezdomni	87
	Kim są?	87
	Jak pracować z zagrożonymi, jak ich wspierać?	88
	Niepełnoletni i pełnoletni – podejście	89
	Realia pomagania	90
	WYKLUCZENIE SPOŁECZNE Z POWODU TRUDNEJ SYTUACJI MATERIALNEJ – Agnieszka Sikora, Elżbieta Szadura-Urbańska	92
	Wpływ trudnej sytuacji materialnej na integrację społeczną	94
	Pomoc	95
	Ścieżka pomocy – od diagnozy do zmiany	96
	Profilaktyka. Podmioty zapobiegające wykluczeniu i sprzyjające włączaniu w życie społeczne, kulturalne i rozwój	97
IV.	MŁODZI ZAGROŻENI DYSKRYMINACJĄ	99
	MŁODZI LGBT+ – Marta Lewandowska, Lena Rogowska-Lewandowska	100
	Młodzi LGBT+	100
	Tożsamość	101
	Stereotypy, uprzedzenia, dyskryminacja	102
	Język	103
	Gdzie szukać wiedzy i sojuszników	106
	Bibliografia	107
IV.	OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY W M.ST. WARSZAWA – GDZIE SZUKAĆ POMOCY	108



MŁODZI W KRYZYSIE PSYCHICZNYM

Małgorzata Łuba

Okres dojrzewania i zagrożenia w jego przebiegu

CHARAKTERYSTYKA DOJRZEWANIA

Dojrzewanie to bardzo długi i zróżnicowany okres w życiu człowieka. Choć trudno określić jego dokładne granice, zakłada się, że rozpoczyna się zazwyczaj ok. 10–12, a kończy nawet ok. 20–24 r.ż. (Ziółkowska i Wycisk, 2019). Można je porównać z ogromną życiową przebudową dziecka w osobę dorosłą – pod względem biologicznym, emocjonalnym, poznawczym, behawioralnym, społecznym i tożsamościowym. To czas intensywnych i głębokich zmian, w wyniku których funkcjonowanie młodej osoby będzie z tygodnia na tydzień i z miesiąca na miesiąc efektywniejsze. Ciało będzie silniejsze i bardziej skoordynowane, a także przygotowane do pełnienia prokreacyjnych zadań. Umysł zyska możliwość bardziej abstrakcyjnego myślenia, umiejętność rozwiązywania problemów, planowania i przewidywania konsekwencji podejmowanych działań oraz zdolność patrzenia z różnych perspektyw. Pojawi się lepsze rozumienie własnych uczuć i umiejętność ich samoregulacji,

a w efekcie większa emocjonalna stabilność. I w końcu, młoda osoba będzie miała szansę określić swoją tożsamość, odpowiadając sobie na pytania, kim jest, jaka jest, jaka nie jest, jaka chce być, jak chce być postrzegana przez innych, czym chce się w życiu zajmować itd.

Niestety wiele zmian, będących dowodem prawidłowego przebiegu okresu dojrzewania, jest odbieranych przez opiekunów dorastających osób (a także przez nie same) jako coś trudnego, niechcianego, budzącego dyskomfort, a nawet zdecydowaną niezgodę. Dzieje się tak, ponieważ wielu z nas zapomina, że częścią każdej przebudowy jest niezwykle trudny czas rozbiórki – burzenia starego porządku, aby zrobić miejsce temu, co nowe. Zapominamy również, że dojrzewanie należy traktować jako okres przejściowy, zatem czas – mówiąc delikatnie – daleki od ideału.

Naturalne zmiany w funkcjonowaniu osób w okresie dojrzewania i możliwe ich negatywne konsekwencje

Zmiany rozwojowe	„Efekty uboczne”
Wiele zmian w ciele i wyglądzie w bardzo krótkim czasie	Niepokój, zagubienie, poczucie utraty panowania nad sobą i swoim ciałem
„Niezgrabne” i nieskoordynowane ciało; postrzeganie ciała i wyglądu jako głównego wyznacznika samooceny	Niezadowolenie z własnego ciała i wyglądu, obniżenie i zdestabilizowanie samooceny
Rozważanie i analizowanie problemów z różnych perspektyw	Trudności z podejmowaniem decyzji, nadmierne dylematy i rozterki
Krytycyzm w postrzeganiu świata i innych ludzi	Częstsze konflikty w relacjach interpersonalnych
Złudzenie widowni – przeświadczenie, że jest się obiektem nieustannych obserwacji i ocen innych	Drażliwość i nadwrażliwość na swoim punkcie
Mit o własnej osobie – wiara, że normalne prawa natury odnoszą się tylko do innych; przeświadczenie o własnej nieśmiertelności i niezniszczalności	Zachowania ryzykowne, niebezpieczne eksperymentowanie, brak przewidywania konsekwencji podejmowanych działań
Orientacja terażniejszościowa – krótka perspektywa przyjmowana w myśleniu o przyszłości; koncentracja na „tu i teraz”	
Potrzeba coraz większej autonomii w relacji z rodzicami	Niekończące się dyskusje, domaganie się większych praw i dodatkowych przywilejów
Negatywizm – tendencja do przejawiania zachowań niezgodnych z oczekiwaniami otoczenia	Bunt i potrzeba bycia kimś wyrazistym, wyróżniającym się
Potrzeba przebywania z rówieśnikami, wzrost znaczenia grupy rówieśniczej w życiu; tendencja do podejmowania działań zgodnych z oczekiwaniami grupy	Niechęć do wypełniania codziennych obowiązków i współpracy z dorosłymi, „zarażanie” się niebezpiecznymi zachowaniami od rówieśników
Pryncypializm moralny – dążenie do przestrzegania uznanych norm i zasad w sposób absolutny	Krytyczność i srogość oceny wobec osób (również siebie samego), które przekraczają przyjęte normy; silne poczucie winy i wstydu za niemożność postępowania w idealny sposób

Niezwykła intensywność i żywość uczuć – doświadczanie emocji o dużym nasileniu	Niezdolność do zrozumienia swojego emocjonalnego stanu, poczucie bezradności, niepewności i niestabilności emocjonalnej; wzrost podatności na stres i niepowodzenia; impulsywność i nieprzewidywalność reakcji; wzrost podatności na zaburzenia afektywne (depresyjne i lękowe)
Bezprzedmiotowość uczuć – przeżywanie emocji, które pojawiają się bez wyraźnej przyczyny	
Labilność (chwiejność) emocjonalna – tendencja do doświadczania częstych zmian stanów emocjonalnych; nagłe zmiany doświadczanych emocji i płynne przechodzenie od emocji przyjemnych do nieprzyjemnych	
Ambiwalencja emocjonalna – jednocześnie przeżywanie pozytywnych i negatywnych emocji z czymś lub kimś związanym	
Poszukiwanie tożsamości	Tożsamość rozproszona – rozpad dotychczasowego stylu funkcjonowania i duża podatność na wpływy z zewnątrz; tendencja do zmienności decyzji i zachowań w zależności od osób i sytuacji; brak stabilnego systemu przekonań, wartości i planów
	Tożsamość negatywna – negatywne nastawienie do uznawanych przez najbliższe otoczenie norm i wartości; przyjęcie na siebie ról odrzucanych przez większość
	Tożsamość lustrzana (przejęta) – naśladowanie innych osób, przejęcie ich zasad moralnych, wyborów, poglądów bez żadnej weryfikacji; silne idealizowanie naśladowanych osób i grup
Poszukiwanie tożsamości	Tożsamość lustrzana (przejęta) – naśladowanie innych osób, przejęcie ich zasad moralnych, wyborów, poglądów bez żadnej weryfikacji; silne idealizowanie naśladowanych osób i grup

Źródło: opracowanie własne na podstawie Brzezińska, 2019; Brzezińska, 2014a i b.

Dojrzewanie jest procesem niezwykle zindywidualizowanym – młode osoby w podobnym wieku mogą wyglądać i zachowywać się zupełnie inaczej. Jednak tym, co będzie je łączyć, są naturalne potrzeby tego etapu, a wśród nich m.in.:

- chęć podejmowania samodzielnych decyzji i samostanowienia;
- potrzeba bycia traktowanym z szacunkiem;
- potrzeba wypróbowania nowych ról, definiowania siebie na nowo oraz odkrycia swoich wartości i życiowych celów;
- zaakceptowanie swojego ciała, wyglądu i seksualności oraz pragnienie bliskości i intymności w relacjach z innymi.

OBSZARY TRUDNOŚCI I ZAGROŻEŃ

W ciągu kilku lub nawet kilkunastu lat dojrzewania nastolatek musi sprostać wielu zmianom, które dzieją się wewnątrz niego samego. Ten czas może przebiegać stosunkowo spokojnie i bez znaczących przeszkód. Może również być niezwykle obciążającym doświadczeniem, obfitującym w poważne komplikacje

i trudności. Nie bez powodu pierwsze objawy zaburzeń zdrowia psychicznego pojawiają się właśnie w okresie dojrzewania. Niestety mniej niż 20% młodzieży z zaburzeniami psychicznymi otrzymuje leczenie, jakiego potrzebuje.



Blisko 50% wszystkich zaburzeń psychicznych u dorosłych ma swój początek w wieku dojrzewania. Duża część z nich pozostaje niewykryta i nieleczona, ponieważ opiekunowie często nie tylko nie dostrzegają objawów problemowych lub je bagatelizują, ale również podważają ich istnienie.

Zachowania autodestrukcyjne

Bezpośrednie	Pośrednie
Nieakceptowane kulturowo akty fizycznego ataku na własne ciało o zróżnicowanej częstotliwości, których natychmiastowy skutek ma jawnie szkodliwy i oczywisty charakter. Należą do nich: • próby samobójcze (np. powieszenie się, skok z dużej wysokości, użycie broni palnej, przedawkowanie); • poważne samouszkodzenia (np. autoamputacja, autokastracja, wyłuszczenie sobie gałki ocznej); • samouszkodzenia nietypowe (np. okaleczenie twarzy, oczu, piersi, genitaliów lub innych miejsc, ale tak poważne, że wymaga to pilnej i specjalistycznej interwencji medycznej); • częste formy samouszkodzania (np. przecinanie, przypalanie skóry, rozdrapywanie ran, uderzanie się).	Zachowania, których negatywne konsekwencje często uwidaczniają się dopiero po jakimś czasie, a prawdopodobieństwo ich wystąpienia zwykle wzrasta wraz ze wzrostem ich częstotliwości i wydłużaniem się czasu ich praktykowania. Ich szkodliwość dla życia lub zdrowia zwykle jest odrzucana lub umniejszana przez osobę, która po nie sięga. Należą do nich: • nadużywanie substancji psychoaktywnych (np. alkoholu, narkotyków, dopalaczy, substancji wziewnych); • zachowania związane z zaburzeniami odżywiania (np. anoreksja, bulimia, otyłość, epizody niekontrolowanego objadania się, unikanie lub ograniczanie spożywania niektórych pokarmów, zespół jedzenia nocnego, zaburzenia oczyszczania); • niebezpieczne zachowania fizyczne (np. chodzenie po torach, po budynkach do rozbiórki, przebywanie na dużej wysokości bez zabezpieczeń, przebieganie pomiędzy szybko jadącymi autami); • niebezpieczne zachowania sytuacyjne (np. spacerowanie po niebezpiecznej okolicy, wsiadanie do auta z nieznajomymi); • zachowania seksualne wysokiego ryzyka (np. seks z przypadkowymi partnerami, seks analny bez prezerwatywy); • niewłaściwe przyjmowanie leków (np. przerywanie przyjmowania leków psychotropowych bez uzgodnienia z lekarzem, nadużywanie lub niezgodne z zaleceniami przyjmowanie innych leków).

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ziółkowska i Wycisk, 2019; Walsh, 2014.

Zachowania autodestrukcyjne mogą przyjmować charakter epizodycznych eksperymentów, który jest wpisany w normalne ryzyko okresu dojrzewania. Niestety mogą również utrwalać się w zachowaniu i wówczas przyjmują formę nawykową, chroniczną lub wręcz uzależnieniową. Niezależnie od formy, niełatwo jest określić dokładną skalę autodestrukcji wśród zachowań młodych osób – nastolatki zwykle ukrywają ją przed dorosłymi. Oprócz tego większość tego typu praktyk (również samouszkodzenia, a nawet niektóre próby samobójcze) nie wymaga

interwencji medycznej i nie jest w żaden sposób odnotowywana w statystykach opieki zdrowotnej. Dodatkowym problemem autodestrukcji jest tendencja do współwystępowania ze sobą różnych jej form, np. ktoś, kto sięga po alkohol, może również praktykować ryzykowne zachowania seksualne, ktoś dokonujący samouszkodzeń robi to pod wpływem alkoholu, narkotyków, ktoś przestrzegający restrykcyjnej i szkodliwej diety ma za sobą kilka prób samobójczych itp.

FORMALNE I PRAWNE ASPEKTY OPIEKI NAD MŁODZIEŻĄ



W codziennej pracy z młodymi osobami ważne jest, abyśmy zadawali sobie pytanie: co jest naszym zadaniem w opiece nad nimi w tym niełatwym dla wszystkich czasie rozwojowej przebudowy? Odpowiadając na nie, warto uwzględnić nasze realne możliwości, ale również obowiązujące przepisy.

Ważne przepisy

Przepisy ogólne:

- Kodeks rodzinny i opiekuńczy z dnia 25 lutego 1964 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1359);
- art. 572. Kodeks postępowania cywilnego z dnia 17 listopada 1964 r.: Obowiązek zawiadomienia sądu opiekuńczego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1575).

Przepisy oświatowe:

- rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych

zasad działania publicznych poradni

psychologiczno-pedagogicznych, w tym

publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 199, z późniejszymi zmianami);

- rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach z dnia 9 sierpnia 2017 r. tj. z dnia 9 lipca 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1280);
- rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu zajęć prowadzonych bezpośrednio z uczniami lub wychowankami albo na ich rzecz

przez nauczycieli poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz nauczycieli: pedagogów, psychologów, logopedów, terapeutów pedagogicznych i doradców zawodowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1552).

A one obligują nas m.in. do:

- uważności i zwracania uwagi na niepokojące zmiany w zachowaniach młodych osób;
- podjęcia działań interwencyjnych, które mają pomóc zorientować się w rozmiarze i powadze trudności;
- nawiązania współpracy wewnątrz zespołu, np. pomiędzy nauczycielem, wychowawcą a pedagogiem szkolnym, na rzecz pomocy nastolatkom;
- przekazania informacji o trudnościach opiekunom prawnym;
- monitorowania działań rodziców i reagowania na zaniedbania z ich strony w opiece nad młodą osobą;
- prowadzenia działań profilaktycznych w obszarze zdrowia psychicznego.

BIBLIOGRAFIA

- Brzezińska, A. (red.) (2014a) *Niezbędnik dobrego nauczyciela. Wczesna faza dorastania*. Warszawa: IBE.
- Brzezińska, A. (red.) (2014b) *Niezbędnik dobrego nauczyciela. Późna faza dorastania*. Warszawa: IBE.
- Brzezińska, A. (2019) *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdynia: GWP Profesjonalne.
- Walsh, B.W. (2014) *Terapia samouszkodzeń*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ziółkowska, B., Wycisk, J. (2019) *Autodestruktywność dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Warto przeczytać dodatkowo:

- Briggs, S. (2017) *Praca z nastolatkami i młodymi dorosłymi*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Kaczmarzyk, M. (2020) *Strefa napięć. Historia naturalna konfliktów z nastolatkiem*. Gliwice: Wydawnictwo Element.
- Mucha, K. (2018) *Przepisy prawa a planowanie, organizacja i prowadzenie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: ORE.
- Naar-King, S., Suarez, M. (2012) *Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi*. Kraków: WUJ.
- Ziółkowska, B., Appelt, K., Brzezińska, A. (2019) *Psychologia rozwoju człowieka*. Gdynia: GWP Profesjonalne.

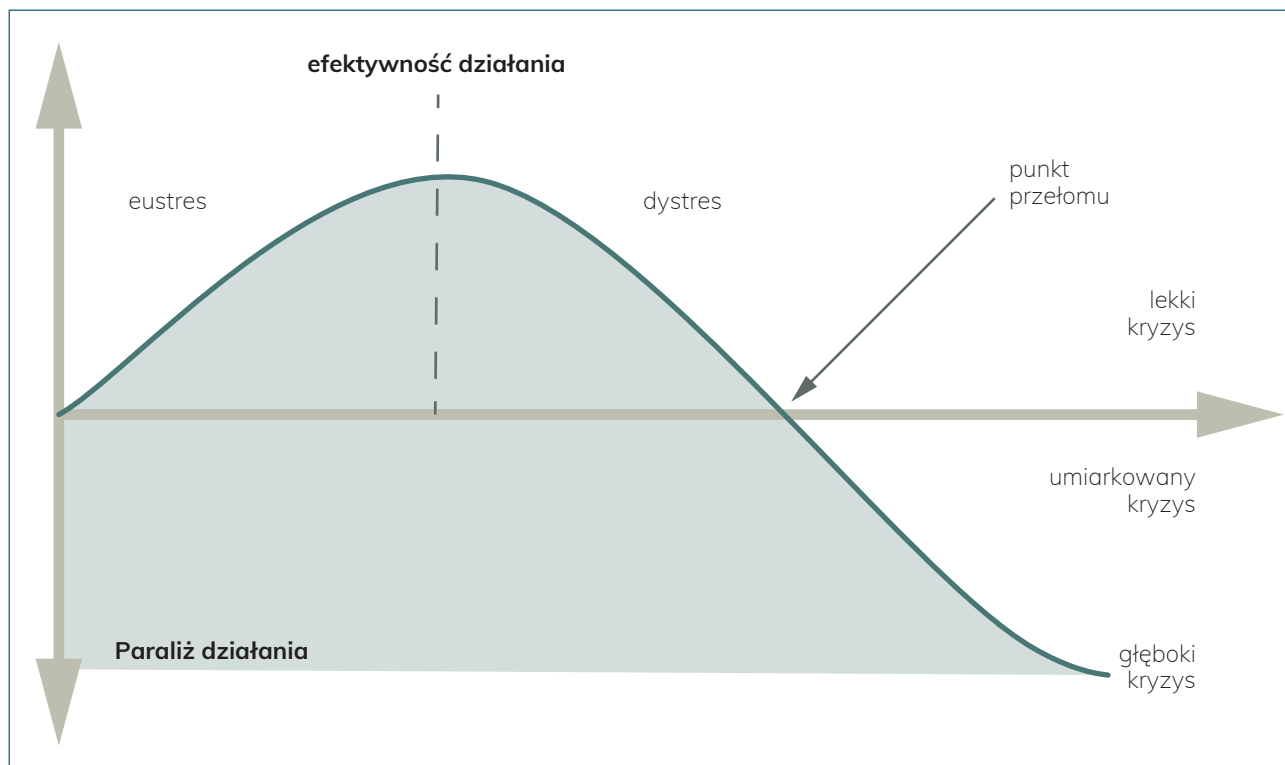
Małgorzata Łuba

Kryzys psychiczny i elementy interwencji kryzysowej

OD STRESU DO KRYZYSU

Sytuacje stresujące są naturalnym elementem życia każdego człowieka. Choć stres jest na ogół rozumiany jako coś szkodliwego, pewne jego dawki motywują i dostarczają nam energii do działania, uruchamiają drzemiące w nas możliwości, zwiększają kreatywność, a nawet uodparniają na zmęczenie i ból. Jednak zbyt

duża ilość stresorów, zbyt intensywne ich nasilenie, zbyt długi czas działania mogą sprawić, że zostanie przekroczona granica indywidualnej wytrzymałości. Wówczas odczuwany stres staje się dystresem, czyli stanem zmęczenia, wyczerpania sił, niepokoju, poirytowania, dolegliwości cielesnych i poczucia, że



Stres i kryzys jako continuum.

sytuacja powoli zaczyna wymykać się spod kontroli. Prawdziwe niebezpieczeństwo pojawia się dopiero w dłuższej perspektywie, kiedy sytuacja stresowa jest przewlekła, nadmiernie obciążająca i wyczerpująca. Wówczas stres może przerodzić się w doświadczenie kryzysu. Kryzys psychologiczny można zatem uznać za szczególny stan stresu o określonej charakterystyce

– tak długo, jak człowiek jest w stanie radzić sobie ze stresującym wydarzeniem życiowym, nie dochodzi do kryzysu. Występuje on wtedy, gdy stres obniży efektywność działania i pojawią się trudności ze znalezieniem dobrego rozwiązania zaistniałych trudności (Kubacka-Jasiecka, 2010).

Kryzys psychologiczny to doświadczenie przejściowego zakłócenia równowagi psychicznej. W kryzysowym funkcjonowaniu charakterystyczne jest silne napięcie emocjonalne, które zaburza zdolność analizy sytuacji, dostrzegania różnych możliwych rozwiązań, zaplanowania i wdrożenia działań naprawczych. Tym samym zmniejsza się poczucie wpływu na zaistniałe okoliczności oraz możliwość samodzielnego poradzenia sobie z obciążającą sytuacją.

RODZAJE KRYZYSÓW

Doświadczenie kryzysu może pojawiać się w różnych życiowych okolicznościach – na ogół nieoczekiwanych, nagłych, niezwykle trudnych lub wręcz traumatycznych, ale również przewlekłych, kumulujących się w czasie

lub normalnych i oczekiwanych. Wśród najczęściej spotykanych rodzajów można wyróżnić kryzysy: rozwojowe, sytuacyjne, egzystencjalne i środowiskowe.

Kryzys rozwojowy	Kryzys sytuacyjny
To normalny stan towarzyszący adaptowaniu się do różnych zmian w naturalnym przebiegu rozwoju człowieka. W okresie dojrzewania pojawia się kryzys związany z dużą liczbą zmian we własnym ciele,	To normalna reakcja na nagłe, nieoczekiwane, trudne wydarzenia. Pojawiają się w sytuacjach straty (np. śmierć, rozstanie, separacja, rozwód, choroba), zmiany (np. narodziny nowego członka rodziny,

sposobie myślenia, odczuwania, niepewnością życiowych ról i poszukiwaniem własnej tożsamości, a w okresie wczesnej dorosłości – z poszukiwaniem bliskich, intymnych relacji z innymi ludźmi.	ukończenie szkoły, przeprowadzka), zagrożenia (np. wypadki, przemoc, ataki).
Kryzys egzystencjalny	Kryzys środowiskowy
To stan wewnętrzznego konfliktu pomiędzy wartościami i celami a ich realizacją w określonym momencie życia człowieka. Jest on na ogół efektem życiowych podsumowań i bilansów, typowych m.in. dla nastolatków, osób w średnim wieku lub u schyłku życia.	Dochodzi do niego w obliczu różnych naturalnych, cywilizacyjnych lub gospodarczych katastrof, np. powodzi, huraganów, suszy, epidemii, zapaści gospodarczej, wojny.

OZNAKI I NEGATYWNE SKUTKI KRYZYSU

Kryzys psychologiczny nie jest chorobą. Jest reakcją zdrowego człowieka na trudne okoliczności życiowe. Może on spowodować diametralne zmiany w fizjologii, emocjach, myśleniu i zachowaniu człowieka. Choć jego oznaki są na ogół bardzo zindywidualizowane i trudne do przewidzenia, wśród nich można zazwyczaj wyróżnić:

W fizjologii:	W myśleniu:
- Nadreaktywność układu limbicznego (odpowiedzialnego za przeżywanie emocji) i obniżenie aktywności płatów przedczołowych (odpowiedzialnych za planowanie, monitorowanie i hamowanie działania) - Napięcie, pobudzenie - Problemy ze snem (bezsenna lub nadmierna senność)	- Poczucie wewnętrznego chaosu i przekonanie o braku kontroli nad sytuacją - Trudności w poszukiwaniu rozwiązań, planowaniu i ewaluowaniu działań - Utrata wiary w siebie, skłonność do samokrytyki - Wygórowana wrażliwość na porażki - Poczucie niepewności co do przyszłości - Poczucie beznadziejności

• Problemy z jedzeniem (utrata lub wzmożenie apetytu) • Niespecyficzne dolegliwości somatyczne (ból głowy, brzucha, mięśni bez wyraźnej przyczyny) • Obniżenie odporności, podatność na infekcje • Zmęczenie lub spadek energii • Obniżenie potrzeb seksualnych	• Poczucie winy i odpowiedzialności za negatywne zdarzenia • Poczucie odrzucenia, osamotnienia, wyizolowania od innych • Myśli rezygnacyjne i samobójcze • Trudności z koncentracją uwagi • Rumination (skłonność do rozpamiętywania i natrętnego powracania w myślach do przeżywanych trudności)
W emocjach:	W zachowaniu:
• Zmienność nastroju i trudności w kontroli emocji • Niepokój, lęk • Rozdrażnienie, drażliwość, złość • Przygnębienie, smutek, rozpacz • Uczucie braku nadziei • Apatia, brak zainteresowania, nuda • Bezradność • Osamotnienie • Wstyd, poczucie winy	• Zachowania nietypowe dla danej osoby • Nieradzenie sobie lub niepodejmowanie prób radzenia sobie ze zwykłymi obowiązkami dnia codziennego • Negatywne wybory, działania chybione, chaotyczne • Trudność w kontroli zachowań, skłonność do płaczu, wybuchów • Brak dbałości o siebie, zapominanie o jedzeniu, piciu, odpoczynku, potrzebach ciała • Izolowanie się, trudności w kontakcie z innymi • Zachowania „wentylacyjne” (nadmiarowe, ryzykowne) • Zachowania samobójcze

Źródło: opracowanie własne na podstawie James i Gilliland, 2012; Kubacka-Jasiecka, 2010, Badura-Madej, 1999.

Przedłużający się stan kryzysu może doprowadzić do trudności w realizacji codziennych obowiązków, piętrzenia się zaległości, niemożności utrzymania relacji z innymi. Może być on również podłożem

rozwoju poważnych problemów emocjonalnych lub zaburzeń psychicznych, np. depresji, zaburzeń lękowych, uzależnień behawioralnych lub od substancji psychoaktywnych.

INTERWENCJA KRYZYSOWA, CZYLI PIERWSZA POMOC PSYCHOLOGICZNA

Interwencja kryzysowa to działania, które można podjąć w odpowiedzi na obserwowane u młodych osób zmiany w zachowaniu, postrzegane jako sygnały ostrzegawcze świadczące o obecności kryzysu psychicznego. Można traktować ją jako pierwszą pomoc psychologiczną,

ponieważ jest odpowiednikiem pierwszej pomocy medycznej, tyle że w sytuacji urazu emocjonalnego. Może udzielać jej każda osoba (np. opiekun, nauczyciel, wychowawca, pedagog, psycholog), która jako pierwsza zauważy niepokojące zachowania. Podobnie jak

w pierwszej pomocy medycznej najważniejsze zadania interwenta to:

- rozpoczęcie działań pomocowych tak szybko, jak to możliwe;
- zorientowanie się w powadze sytuacji oraz lepsze zrozumienie przeżywanych trudności i potrzeb młodej osoby;
- pomoc w łagodzeniu odczuwanych nieprzyjemnych stanów emocjonalnych;

- pomoc w identyfikowaniu zasobów i źródeł wsparcia oraz wybór najbardziej adekwatnych form pomocy i – w razie potrzeby – angażowanie do niej innych osób lub służb.

Poprzez działania interwencyjne zwykle nie można rozwiązać powikłanych i długo trwających trudności, ale dzięki temu, że będą one miały miejsce, młoda osoba i jej rodzina mogą zdecydować się na podjęcie psychoterapii lub szukać leczenia w odpowiednim miejscu i u odpowiednich specjalistów.

Cele interwencji kryzysowej	Cechy interwencji kryzysowej
• Udzielenie pierwszej pomocy psychologicznej • Złagodzenie objawów • Identyfikacja zasobów i źródeł wsparcia • Zapewnienie bezpieczeństwa • Odzyskanie przez osobę w kryzysie poczucia sprawstwa i wpływu na własne życie • Wypracowanie nowych, bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie • Przywracanie równowagi sprzed kryzysu • Zapobieganie wystąpieniu zaburzeń psychicznych i konieczności hospitalizacji	• Natychmiastowość działania, najpóźniej w ciągu 24–72 godzin od wystąpienia wydarzenia krytycznego lub zaobserwowania symptomów • Praca nastawiona na wysłuchanie i podjęcie adekwatnych do problemów działań w oparciu o współpracę i aktywność młodej osoby • Pomoc skoncentrowana na aktualnych trudnościach, „tu i teraz” • Jasno określone i zdefiniowane cele interwencji • Praca osadzona w realiach i dotycząca faktów • Obejmuje rodzinę i bliskich młodego człowieka • Angażuje różne służby • Umacnianie niezależności, wiary w siebie i swoje możliwości • Pomoc krótkoterminowa i ograniczona w czasie, częstotliwość spotkań dostosowana do potrzeb wspieranej osoby

Źródło: opracowanie własne na podstawie James i Gilliland, 2012.

KOLEJNOŚĆ DZIAŁAŃ INTERWENCYJNYCH

Badania neuropsychologiczne pokazują, że w funkcjonowaniu kryzysowym występuje nadmierne pobudzenie układu limbicznego, przy jednoczesnym obniżeniu aktywności płatów przedczołowych (Jacobs, 2005). Ta pierwsza struktura to nasz instynkt – działa szybciej, mniej dokładnie i odpowiada za wzbudzenie

reakcji emocjonalnych. Ta druga to „intelektualna” część układu nerwowego, która w bardziej racjonalny sposób analizuje dostępne informacje. Działania interwencyjne uwzględniają ten stan rzeczy, ponieważ składają się z dwóch podstawowych części: wysłuchania (pomaga nazwać, zrozumieć i „odwentylować” emocje, a także

daje szansę zidentyfikować problem lub problemy, które wzbudziły stan kryzysowy) oraz działania (pozwala ustalić możliwe rozwiązania, zaplanować kolejne kroki do realizacji i tym samym pozbyć się bezradności i niemocy).

Na początku działań interwencyjnych warto jak najdokładniej poznać i spróbować zrozumieć perspektywę młodej osoby, jej sytuację życiową, rodzinną, szkolną, relacje z rówieśnikami.

Pomaga w tym uważne i cierpliwe słuchanie, krótkie podsumowanie, pytania uszczegółowiające. Niezbędny jest spokój, cierpliwość i wystrzeganie się przymusu pocieszania, szybkiego dawania rad i przekonywania do innego sposobu myślenia o własnych problemach. W rozmowie warto zwrócić uwagę na emocje, jakich doświadcza młoda osoba, i nie próbować poprawiać jej nastroju na siłę. Zamiast tego właściwsze są empatia i zrozumienie, które pozwalają nawiązać lepszy kontakt.

Wysłuchać to:

1. Zainicjować rozmowę i udzielić wsparcia emocjonalnego

- Powołując się na fakty (niepokojące obserwacje), zapytaj o trudności.
 - (Fakt) Ostatnio zauważyłam blizny na twoich rękach.
 - (Uczucie) Zaniepokoiło mnie to,
 - (Kontekst) bo myślę sobie, że może przeżywasz trudne chwile, może dzieje się coś dla ciebie niełatwego.
 - (Oczekiwanie) Porozmawiamy, proszę, co się u ciebie dzieje.
- Dowiedz się, jakich emocji doświadcza młoda osoba. Zachęć do mówienia o nich. Zaakceptuj nawet te najbardziej trudne uczucia, pomóż je nazwać i lepiej zrozumieć.
 - Słyszę, że coś cię bardzo smuci. Powiedz, proszę, co cię smuci najbardziej? Nic dziwnego, że się smucisz, kiedy nie możesz poradzić sobie z problemami w domu.
 - Możesz być bardzo zmęczona w tej sytuacji. Co cię najbardziej teraz męczy?
- Wystrzegaj się szybkiego pocieszania, radzenia, odwracania uwagi, dyskusji. Poprawianie nastroju na siłę, pełne optymizmu komentarze lub gotowe plany zaradcze – choć wypowiedziane w najlepszej wierze – mogą zostać odebrane jako dowód kompletnego braku zrozumienia lub lekceważenia. Twoim zadaniem nie jest wymuszenie szybkiej zmiany funkcjonowania młodej osoby – w kryzysie to niemożliwe. Masz dowiedzieć się jak najwięcej o tym, co przeżywa twój współ rozmówca. Unikaj poniższych i podobnych im zachowań i komunikatów:
 - udzielania informacji niezgodnych z prawdą i składania obietnic, których nie można dotrzymać;
 - oceniania, krytykowania, moralizowania, pouczenia, tłumaczenia;
 - podważania prawdziwości rozmówcy;
 - odwracania uwagi od problemów, zmiany tematu rozmowy, pocieszania i dawania rad;
 - zaprzeczania i unieważniania emocji;
 - komunikatów w stylu: Wiem, jak to jest. Masz szczęście, że... Wiem, jak się czujesz, Nie martw się, wszystko będzie dobrze, Musisz być silny, Nie wolno ci tak mówić i myśleć, Widocznie tak miało być, Ciesz się, że żyjesz, Nie myśl o tym, Nie powinieneś się tak czuć, Nie jest aż tak źle, Weź się w garść, Nie przesadzaj, Nie płacz, Nie krzycz, Nie denerwuj się.

- Jeśli nie wiesz, co powiedzieć, otwarcie się do tego przyznaj, podkreślając, jak ważne jest to, że młoda osoba mówi o swoich trudnościach.
- Nie wiem, co mam teraz powiedzieć, ale dobrze, że mi to mówisz. Dobrze, że się tym ze mną dzielisz.

2. Ocenić bezpieczeństwo

- Jeśli młoda osoba reaguje na swoje problemy silnymi emocjami, a w jej wypowiedziach pojawia się poczucie bezsilności, niemocy, rezygnacji, braku nadziei lub mówi wprost, że jest bardzo załamana, że dłużej nie da rady itp., oceń, na ile jest bezpieczna dla samej siebie. Rozmawiaj wprost o tym, jak próbuje sobie na co dzień radzić z przeżywanymi trudnościami. Nie oceniaj jej moralności, nie przekonuj, że postępuje niewłaściwie, po prostu dowiedz się, co robi w obliczu przytłaczających emocji.
- Kiedy przeżywamy trudności, pojawiają się w nas przytłaczające emocje. A kiedy emocje zaczynają nas przytłaczać, próbujemy poradzić sobie z nimi za wszelką cenę, nie zawsze w najzdrowszy sposób. To zrozumiałe, bo kiedy odczuwamy cierpienie, trudno jest jasno myśleć i znaleźć najlepsze rozwiązanie, wtedy możemy nie wiedzieć, co innego można zrobić.
- W obliczu różnych trudności możemy sięgać po różne sposoby radzenia sobie. Mogą być one zdrowe lub niezdrowe, skuteczne lub nieskuteczne. A jak jest u ciebie? Co robisz w ostatnim czasie, kiedy czujesz się źle, kiedy chcesz o czymś przestać myśleć, zapomnieć, przestać czuć?
- Zapytaj o myśli i zachowania samobójcze. W ten sposób nie zachęcasz do niczego niebezpiecznego. Młody człowiek rozważający samobójstwo często potrzebuje o tym otwarcie porozmawiać, podzielić się swoją tajemnicą. Pytając wprost, stwarzasz możliwość usłyszenia szczerych odpowiedzi lub możesz zorientować się, gdy ktoś próbuje udzielić nieprawdziwych informacji (przykłady konkretnych pytań odnoszących się do zachowań samobójczych podane są w części nt. kryzysu samobójczego).

W drugiej części rozmowy wspólna koncentracja przenosi się na poszukiwanie możliwych do podjęcia działań zaradczych, określenie kolejności ich realizacji oraz konieczności zaangażowania innych osób do

pomocy. Finałem tego etapu jest stworzenie planu kolejnych interwencji i – w miarę możliwości – towarzyszenie w ich realizacji.

Działać to:

1. Zachęcić do szukania możliwości rozwiązań

- Oceń, czy młoda osoba ma w sobie siły, które mogą być dla niej oparciem w pokonywaniu kryzysu, dowiedz się, co jej do tej pory pomagało, na czyje wsparcie może liczyć itp.
- Co ci do tej pory pomagało w trudnościach? Co możesz z tych rzeczy zrobić teraz?
- Kto jest taką osobą, która do tej pory najbardziej cię wspierała? Kto z tych osób może pomóc ci w obecnej sytuacji?
- Co poradziłbyś ważnej dla ciebie osobie, która szukałaby rozwiązań w podobnych trudnościach?
- Jak chciałbyś, aby podeszła do tej sprawy osoba, której dobrze życzysz?

- Pomóż odkrywać alternatywne rozwiązania.
 - Mam kilka pomysłów, co można zrobić. Czy chcesz je poznać?
 - Niektórym osobom bardzo pomaga..., a innym..., Można zrobić jeszcze...
 - Która z wymienionych przeze mnie możliwości jest wg ciebie najlepsza?
- Przypomnij o dostępnych specjalistach w szkole lub poza nią. Przekaż informacje o miejscach pomocowych.
 - W naszej szkole jest pedagog (imię i nazwisko). Można go znaleźć (dokładna informacja gdzie). To osoba, która pomaga w różnych trudnościach.
 - Porozmawiaj z nim, proszę, jeszcze dziś. Może po lekcjach? Wcześniej dam mu znać, że się do niego zgłosisz, aby na pewno miał dla ciebie czas na rozmowę. Jeśli wolisz, możemy teraz pójść do niego razem.

2. Stworzyć plan działań zaradczych i towarzyszyć w ich realizacji

- Pomóż młodej osobie opracować realistyczny, krótkoterminowy plan działania. Plan pomaga skoncentrować się na działaniu i odzyskać poczucie kontroli. Dobry plan daje odpowiedzi na pytania: co, kto, jak, kiedy itp.
 - Zastanówmy się wspólnie, co teraz zrobimy w pierwszej kolejności i jakie podejmiemy następne kroki.
 - Co wg ciebie jest najważniejszą sprawą i najważniejszym działaniem? Co dokładnie możesz zrobić? Kto ci w tym pomoże? Ile czasu damy sobie na jego realizację?
- Zachęć do wynotowania najważniejszych punktów w taki sposób, aby młoda osoba miała je pod ręką.
- Bądź towarzyszem w realizacji kolejnych kroków planu i wspieraj młodą osobę w ich realizacji. Okaż cierpliwość i zrozumienie – w kryzysie człowiek zwykle działa mniej efektywnie niż do tej pory, zatem może robić postępy mniejsze, niż możesz zakładać. Powstrzymaj się przed krytyką i okazywaniem zawodu. Zauważaj najdrobniejsze sukcesy i działania na rzecz zmiany. Wzmacniaj zachowania nakierowane na poprawę sytuacji.

KONIECZNOŚĆ WSPÓŁPRACY Z RODZICAMI I OPIEKUNAMI

Kiedy u młodej osoby pojawią się oznaki kryzysu, musimy zaprosić do współpracy jej opiekunów. Jest to konieczne w sytuacji, kiedy nastolatek nie osiągnął jeszcze pełnoletności, ale wskazane również, gdy ukończył 18 r.ż. Dobrą praktyką jest jednak wcześniejsze przekazanie mu informacji, jakie działania zostaną podjęte w jego sprawie w najbliższym czasie i kto będzie w nich uczestniczył, a także zaproszenie go do wspólnych ustaleń. W obliczu kryzysowych działań warto zapewnić możliwość współdecydowania. W ten sposób:

- wyrażamy szacunek wobec potrzeby autonomii młodej osoby;
 - pokazujemy jej wpływ w sytuacji w dużej mierze od niej niezależnej;
 - dbamy o utrzymanie z nią dobrej relacji;
 - zwiększamy jej motywację do późniejszego realizowania zaplanowanych działań.
- To niezwykle ważne, aby o twoich trudnościach dowiedzieli się (wskaż kto dokładnie). Jest to potrzebne, abyśmy mogli razem, jak najszybciej ci pomóc, żebyś jak najszybciej poczuł się lepiej.
 - Powiedz mi, z kim mogę o tym porozmawiać w pierwszej kolejności – z twoją mamą czy twoim tatą? Z którym z rodziców lepiej się dogadujesz?

- Czy chcesz uczestniczyć w tej rozmowie? Czy chcesz powiedzieć o trudnościach sam, a może wolisz, abym zrobił to ja w twoim imieniu?
- Zastanówmy się wspólnie, co dokładnie im powiemy.

Informacja o doświadczanym przez młodą osobę kryzysie zwykle bywa bardzo zagrażająca dla jej rodziców lub opiekunów. Oznacza to, że mogą nie wierzyć w przedstawiony problem, złościć się na interwenta i podważać jego kompetencje albo reagować silnym smutkiem, przygnębieniem i bezradnością. Pomocne zatem jest nie tylko rzeczowe przedstawienie problemu – opisanie niepokojących zachowań, pokazanie, że są one sygnałami nieradzenia sobie z trudnościami – ale także zaakceptowanie emocji wyrażanych podczas spotkania.

- Domyślam się, że nie jest państwu łatwo, kiedy mówię, że wasze dziecko ma myśli samobójcze. Taka informacja może sprawić, że zaczynamy się bać, smucić, złościć. Czasami też trudno ją zrozumieć i przyjąć. A jak to, co mówię, wpływa teraz na państwa?

- Mówię o tym nie po to, żeby państwa przestraszyć lub zezłościć. Zależy mi, żebyśmy wspólnie zaczęli działać, aby wasze dziecko jak najszybciej poczuło się lepiej.
- Zazwyczaj myśli o śmierci pojawiają się wtedy, kiedy człowiekowi wydaje się, że ma problemy, z którymi nie można sobie poradzić.
- Wasze dziecko zrobiło pierwszy krok, żeby sobie pomóc – podzieliło się swoimi trudnościami ze mną.
- Teraz naszym zadaniem jest zastanowić się, co jeszcze w tej sytuacji jest potrzebne, aby jak najlepiej je wesprzeć.

Celem rozmowy jest wspólne znalezienie i zaplanowanie realnych sposobów wsparcia. Zadania, za które odpowiedzialni są rodzice, to przede wszystkim obserwacja nastolatka w domu i informowanie o niepokojących zachowaniach, a także zapewnienie pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej, psychiatrycznej. Wszelkie ustalenia mają być spisane i dołączone do dokumentacji. Przy każdym z nich warto określić czas na jego realizację.

Data i miejscowość

Potwierdzamy, że zostaliśmy powiadomieni o zagrożeniu podjęcia próby samobójczej przez nasze dziecko (imię i nazwisko dziecka) oraz konieczności konsultacji psychiatrycznej i zapewnienia wsparcia psychologicznego. Zostały nam przekazane numery telefonów i adresy miejsc, gdzie możemy umówić nasze dziecko na konsultację z lekarzem oraz uzyskać wsparcie terapeutyczne (dokładne adresy i numery telefonów izby przyjęć szpitala psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, poradni zdrowia psychicznego, poradni psychologiczno-pedagogicznej, ośrodka interwencji kryzysowej, środowiskowych ośrodków pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej, organizacji pozarządowych itp.).

Wspólnie ustalamy, że następujące działania (wymienić dokładnie) zostaną przez nas zrealizowane do (konkretna data).

Podpisy opiekunów prawnych

Podpis osoby pomagającej

Jeśli opiekunowie wykazują oznaki nieporadności życiowej, depresyjności, warto zachęcić ich do sięgnięcia po różne formy wsparcia dla nich samych oraz systematycznie monitorować realizację wspólnych ustaleń. W przypadku rodziców, którzy bagatelizują trudności swojego dziecka, można uświadomić im ich zachowanie oraz zarysować możliwe konsekwencje

– brak działań na rzecz bezpieczeństwa dla zdrowia i życia dziecka można postrzegać jako zaniedbanie, czyli jedną z form przemocy w rodzinie, a podejrzenie przemocy w rodzinie nakazuje uruchomienie procedury niebieskiej karty lub wnioskowanie do sądu o wgląd w sytuację rodzinną.

- Powiedziałam państwu o problemach, jakie zauważyliśmy u państwa dziecka. Zaproponowałam, co można zrobić, aby pomóc mu w trudnościach. Wsparcie psychologiczne i konsultacja psychiatryczna są niezbędnymi elementami pomocy.
- Brak zgody na nie oznacza, że jako rodzice nie pozwalają państwo pomocy swojemu dziecku tak, jak jest to potrzebne. Nie pozwalają państwo, aby wasze dziecko jak najszybciej poczuło się lepiej. Brak państwa zgody oznacza brak pomocy. Brak pomocy dziecku jest formą zaniedbania. Zaniedbanie jest traktowane przez prawo jako forma przemocy.
- Podejrzenie przemocy w rodzinie nakłada na mnie obowiązek wystąpienia do sądu rodzinnego z wnioskiem o wgląd w sytuację rodzinną.
- Jeśli nie zgodzą się państwo zapewnić swojemu dziecku kontaktu ze specjalistami, będę zmuszona wystąpić do sądu rodzinnego z takim wnioskiem.
- W ten sposób nie chcę państwa pouczać ani straszyć, a jedynie pokazać, że problemy państwa dziecka są wg mnie bardzo poważne. I w tej sytuacji będę robić wszystko, co tylko mogę, aby mu pomóc.

Obowiązek ten wynika z artykułu 572 Kodeksu prawa cywilnego, dotyczącego zawiadamiania sądu opiekuńczego:

- § 1. Każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy.
- § 2. Obowiązek wymieniony w § 1 ciąży przede wszystkim na urzędach stanu cywilnego, sądach, prokuratorach, notariuszach, komornikach, organach samorządu i administracji rządowej, organach policji, placówkach oświatowych, opiekunach społecznych oraz organizacjach i zakładach zajmujących się opieką nad dziećmi lub osobami psychicznie chorymi.

Tego typu procedury są zwykle dla interwenta obciążeniem. Dodatkowo może pojawić się przekonanie, że w niczym nie pomogą, a jedynie zaognią konflikt z rodzicami nastolatka. Warto jednak realizować je

do końca, ponieważ dają one szansę zmotywowania opiekunów do współpracy lub pozwalają pomagać młodej osobie pomimo braku zgody jej rodziców.

NA ZAKOŃCZENIE



Kiedy działań interwencyjnych podejmuje się osoba, która na co dzień nie zajmuje się profesjonalnym pomaganiem, jako ratownik ma prawo czuć się niepewnie, czasami może nie do końca wiedzieć, co i jak powinna zrobić. To normalne i zrozumiałe. Jednak lęk i niepewność nie mogą być powodem zaniechania działań pomocowych. Podobnie jak pierwsza pomoc medyczna, również interwencja kryzysowa może uratować komuś zdrowie lub nawet życie.

BIBLIOGRAFIA

Badura-Madej, W. (1999) Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
Jacobs, B. (2005) *Writnig for Emotional Balance: A Guided Journal to Help You Manage Overwhelming Emotions*. New Harbinger Publications.
James, R., K., Gilliland, B., E. (2012) Strategie interwencji kryzysowej. Warszawa: PARPA.
Kubacka-Jasiecka, (2010) Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Warto przeczytać dodatkowo:

Ciszewska, K., Żyża, S. (2015) Wspomaganie szkół w zakresie interwencji kryzysowej. Warszawa: ORE.
Kluczyńska, S. (2017) Pierwsza pomoc w kryzysach psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwo Remedium.
Łuba, M. (2020) Pierwsza pomoc emocjonalna w reakcji na samouszkodzenia i zachowania samobójcze u młodych osób. Remedium, 8.
Odachowska, E. (2018) Kryzys psychologiczny. Poradnik dla rodziców i dzieci. Warszawa: MCPS.
Sarzała, K. (2006) Procedury, strategie zarządzania kryzysem w szkole. Uzyskano w listopadzie 2020 r. z: <https://www.gdansk.pl/download/2013-11/50022.pdf>

Małgorzata Łuba

Samouszkodzenia u młodzieży – zrozumieć, żeby mądrze reagować

CHARAKTERYSTYKA I SKALA SAMOUSZKODZEŃ WŚRÓD MŁODZIEŻY

Samouszkodzenia to intencjonalne (nieprzypadkowe), przeprowadzone z własnej woli, pozbawione intencji samobójczych i stanowiące niewielkie zagrożenie życia uszkodzenia własnego ciała, które nie jest akceptowane społecznie (Walsh, 2014). Obok zachowań samobójczych należą one do bezpośrednich zachowań autodestrukcyjnych. Najczęściej występują u nastolatków oraz młodych dorosłych. Wiek inicjacji przypada zazwyczaj między 11. a 14. rokiem życia. Niełatwo jest określić dokładną skalę tego zjawiska, ponieważ młodzież najczęściej ukrywa je przed dorosłymi. Co więcej, większość aktów autoagresji nie wymaga interwencji medycznej i nie jest w żaden sposób odnotowywana w statystykach opieki zdrowotnej. Jednak na podstawie badań szacuje się, że samouszkodzenia mogą być obecne u 11, a – według innych źródeł – nawet u 39% młodych ludzi (Wycisk i Ziółkowska, 2010). Oznacza to, że w przeciętnej klasie szkolnej są przynajmniej trzy osoby, które przejawiają autoagresję.

Badacze zauważają, że samouszkodzenia coraz częściej pojawiają się u młodych ludzi bez zaburzeń psychicznych i traumatycznych doświadczeń (Walsh, 2014). Wśród ważnych powodów, dla których częstotliwość samouszkodzeń wśród młodzieży rośnie, można wyróżnić m.in.:

- wysoce stresogenne środowisko szkolne – charakteryzuje je wielozadaniowość, nacisk na sukces edukacyjny i rywalizację, przemoc rówieśniczą;
- zanik poczucia wspólnoty i wsparcia społecznego, pozostawianie nastolatków przez rodziców samym sobie przez większą część dnia;
- brak konstruktywnego modelu regulacji emocji i samouspokajania w środowisku rodzinnym i szkolnym;
- propagowanie środków zmieniających świadomość jako metody radzenia sobie z emocjami i stresem oraz oczekiwanie natychmiastowej poprawy;

- przedstawianie samouszkodzeń jako normalnej reakcji na stres;
- duża dostępność instruktaży dotyczących samouszkodzeń w Internecie, książkach, programach, filmach, serialach;
- gloryfikowanie zachowań autoagresywnych i obdarzanie osób, które je przejawiają, uwagą.

CZYNNIKI RYZYKA SAMOUSZKODZEŃ

Samouszkodzenia raczej nie występują jako wyizolowany problem – częściej są jednym z objawów różnych trudności.

Biopsychospołeczne czynniki ryzyka pojawienia się samouszkodzeń

Wymiar środowiskowy	• Zdarzenia z przeszłości rodziny, m.in. przemoc, nadużywanie substancji psychoaktywnych, samouszkodzenia i zachowania samobójcze wśród bliskich; • Zdarzenia z przeszłości nastolatka, m.in. zaniedbanie, problemy z więziami, utrata ważnej osoby, doświadczenia traumatyczne (przemoc fizyczna i seksualna); • Unieważniające środowisko rodzinne – emocjonalne doświadczenia nastolatka są ignorowane, negowane, wyśmiewane lub potępiane; to sprawia, że on sam zaczyna również kwestionować zasadność, a nawet istnienie swoich wewnętrznych stanów afektywnych; • Obecne problemy, np. strata, konflikt w relacji, niepowodzenie, nadużycie, kontakt z rówieśnikami dokonującymi samouszkodzeń.
Wymiar biologiczny	• Zaburzenia psychiczne (najczęściej depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, zaburzenia osobowości); • Hipotezy dotyczące m.in. niewłaściwej regulacji poziomu serotoniny, dysfunkcji endogennego systemu opioidowego, zmniejszonej wrażliwości na ból.
Wymiar poznawczy	• Niska samoocena; • Niewielkie poczucie sprawczości; • Samooskarżanie; • Tendencja do zniekształceń poznawczych w myśleniu; • Myśli, obrazy i wspomnienia związane z traumą.
Wymiar afektywny	• Podatność na częste występowanie silnych i długotrwałych emocji; • Częste odczuwanie złości, lęku, napięcia, wstydu, osamotnienia.
Wymiar behawioralny	• Niedostateczne umiejętności psychospołeczne; • Najczęstsze bodźce spustowe, m.in. kłótnie, izolacja, zażycie substancji psychoaktywnej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Walsh, 2014.

Nie ma prostego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy danym czynnikiem ryzyka a wystąpieniem samouszkodzeń.

To, czy dany nastolatek sięgnie po środki autoagresji, będzie wypadkową działania czynników ryzyka i obecnych czynników protekcyjnych.

MĄDRA POMOC

Zachowania autoagresywne wywołują bardzo silne reakcje u dorosłych. Dominującym stanem jest zazwyczaj lęk – opiekunowie boją się, że stanie się najgorsze i młody człowiek odbierze sobie życie. Niepokoi ich zwłaszcza to, czy będą w stanie „dotrzeć” do nastolatka i skutecznie mu pomóc. Z jednej strony lęk może sprawić, że dorośli zrozumieją powagę sytuacji i zyskają ogromną mobilizację do działania. Niestety, czasami niepokój o zdrowie lub życie przekłada się na presję w dorosłych, aby jak najszybciej powstrzymać młodą osobę przed wyrządzeniem sobie krzywdy. Pojawia się wtedy:

- sprawdzanie i pilnowanie („Pokaż swój brzuch, bo muszę sprawdzić, czy znowu się nie pocięłaś”), przekonywanie („Nie powinienesz się tak krzywdzić, bo...”);
- prośenie i wymuszanie zobowiązań do natychmiastowego zaprzestania zachowań autoagresywnych („Proszę, nie myśl więcej o cięciu. Skończ z tym natychmiast. Zrób to dla mnie”).

Lęk paradoksalnie może również doprowadzić do umniejszania niebezpieczeństwa i unikania zajmowania się problemem („To nic takiego – każdy nastolatek mówi, że się zabije”) lub dążenia do przerzucenia odpowiedzialności za podjęcie interwencji na kogoś

innego („To nie moje dziecko. Jego rodzice powinni się tym zająć”).

Niestety, wielu dorosłych w zetknięciu z aktami autoagresji wciąż odczuwa silną złość i postrzega je jako skierowane przeciwko sobie prowokacje („Robi mi na złość. Chce mi dokuczyć i zdenerwować”) lub manipulacje („Próbuje na mnie coś wymusić. Chce w ten sposób osiągnąć swoje perfidne cele”).

Pojawia się wtedy:

- straszenie („Jeśli nie przestaniesz, możesz być kaleką do końca życia”);
- zawstydzanie („No, pochwal się, jakie głupoty ostatnio zrobiłaś”);
- obwinianie („Nie pomyślałaś nawet, co by poczuł twój młodszy brat, gdyby zobaczył, co sobie robisz”);
- potępienie, karanie („Jesteś obrzydliwy w tym, co robisz. Jeśli jeszcze raz to zrobisz, popamiętasz. Masz szlaban na wszystko”).

W tego typu reakcjach opiekunowie błędnie zakładają, że nastolatek ma pełną kontrolę nad zachowaniami autoagresywnymi i jeśli go umiejętnie do nich zniechęcą, zaprzestanie takich praktyk.

Warto pamiętać, że natychmiastowe wyeliminowanie zachowań autodestrukcyjnych jest zazwyczaj niemożliwe. Niekiedy może przynosić również szkodę – nastolatki bez innej możliwości poradzenia sobie z dyskomfortem psychicznym mogą poczuć się jeszcze bardziej bezradne i przytłoczone odczuwanymi problemami.

Pierwszym i najważniejszym celem wsparcia jest zrozumienie trudności i potrzeb młodej osoby, która dokonuje samouszkodzeń.

SYGNAŁY OSTRZEGAWCZE

Młode osoby, u których pojawiają się samouszkodzenia, częściej niż ich rówieśnicy mają niskie poczucie własnej wartości, poczucie bycia nieskutecznymi w swoich działaniach. Ich kompetencje radzenia sobie (zwłaszcza w zakresie samoregulacji emocji, radzenia sobie ze stresem, komunikacji oraz kontroli impulsów) będą często niewielkie. W relacji z otoczeniem mogą

czuć się opuszczone, nierozumiane, skrzywdzone, nieważne. Może im się wydawać, że nie mogą liczyć na zainteresowanie i pomoc innych. Dla niektórych ich własne ciało jest nie w pełni akceptowaną, niewartą troski, odpychającą częścią siebie.

Obserwacje, które można potraktować jako sygnał ostrzegawczy dla obecności samouszkodzeń

Bardziej specyficzne	Mniej specyficzne
Blizny, zadrapania, skaleczenia, siniaki o niewiadomym pochodzeniu	Skrajne, impulsywne, silne reakcje emocjonalne (lęku, gniewu, rozpacz) na trudne sytuacje
Ślady krwi na ubraniu	Sięganie po alkohol, narkotyki
Liczne i częste opatrunki	Zachowania ryzykowne (skakanie z wysokości, przebieganie przez ulicę, prowokowanie w sferze seksualnej)
Noszenie nieadekwatnych do pogody ubrań z długimi rękawami czy nogawkami, które mogą ukryć rany	Nagłe zmiany w zainteresowaniach czy w kontaktach z rówieśnikami
Unikanie aktywności, podczas których mogą zostać odsłonięte rany, blizny (przebieranie się, zajęcia na basenie itp.)	Stany depresyjne (przedłużający się smutek, przygnębienie, wycofanie, izolacja)
Noszenie przy sobie ostrych narzędzi (żyletki, nożyki, agrałki, pinezki, porozginane spinacze itp.)	Niska samoocena i niechęć wobec siebie
Spędzanie długiego czasu w toalecie, w odosobnionych miejscach	Brak sieci wsparcia
Zdjęcia, filmiki, opisy dotyczące samouszkodzeń przesyłane w wiadomościach, zamieszczane na komunikatorach społecznościowych, blogach itp.	Prace o tematyce fizycznego zranienia, bólu, krwi, smutku

Opracowanie własne na podstawie: Wycisk i Ziółkowska, 2010.

SYNDROM CHRONICZNYCH SAMOUSZKODZEŃ BEZ INTENCJI SAMOBÓJCZYCH

Najbardziej rozpowszechnione są samouszkodzenia umiarkowane impulsywne. Polegają one na stosunkowo płytkim nacinaniu skóry ostrymi narzędziami (np. żyletką, nożem, kawałkiem szkła, ostrzem temperówki), rzadziej przypalaniu, zadawaniu sobie ciosów, drapaniu, gryzieniu, nakłuwaniu, podduszaniu. Zazwyczaj mają one miejsce pod wpływem trudnego do pohamowania impulsu, związanego z silnym napięciem. Zranieniu ulegają zwykle ramiona, przedramiona, uda, rzadziej

brzuch, piersi, szyja. Kiedy pojawiły się nie więcej niż pięć razy w ciągu ostatniego roku i są wyrazem okresowo przeżywanych trudności lub odpowiedzią na przejściowy kryzys, mówimy o samouszkodzeniach epizodycznych. Gdy utrwalają się jako najczęstszy (lub wręcz jedyny) sposób radzenia sobie z przeżywanymi napięciami i występują wielokrotnie, nazywamy je chronicznymi.

W najnowszej wersji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V) samouszkodzenia chroniczne bez intencji samobójczych zostały uznane za odrębną kategorię diagnostyczną. Wymieniono ją jako jedno z zaburzeń psychicznych wymagających dalszych badań.

Kryteria wg DSM-V:

1. W ostatnim roku osoba przez co najmniej 5 dni dokonywała samouszkodzeń bez intencji samobójczej.
2. Osoba musi wykazywać przynajmniej jedną z motywacji:
 - a. poszukuje ulgi w doznawanych negatywnych uczuciach lub stanie psychicznym;
 - b. próbuje rozwiązać w ten sposób konflikty interpersonalne;
 - c. chce osiągnąć przyjemność.
3. Zamierzone samouszkodzenia muszą być związane z przynajmniej jednym z poniższych warunków:
 - a. występowanie konfliktu interpersonalnego czy negatywnych emocji lub myśli (np. depresji, lęku, napięcia, złości) w okresie bezpośrednio poprzedzającym samouszkodzenie;
 - b. zaabsorbowanie planowanym działaniem w okresie bezpośrednio go poprzedzającym;
 - c. rozmyślanie, ruminacje (nawracające myśli) dotyczące samouszkodzeń.
3. Samouszkodzenie nie jest usankcjonowane kulturowo (jak np. tatuaże, piercing) i nie jest ograniczone do zdrapywania strupków czy obgryzania paznokci.
4. Zachowanie to lub jego konsekwencje powodują znaczący dyskomfort psychiczny i wpływają na codzienne funkcjonowanie.
5. Zachowanie to nie występuje wyłącznie w przebiegu epizodu psychiatrycznego, majaczenia, intoksykacji czy zespołu abstynencyjnego i nie może być lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie (np. niepełnosprawność intelektualną, zespół Lescha-Nyhana).

Źródło: kryteria diagnostyczne samouszkodzeń chronicznych bez intencji samobójczych wg DSM-V za: Makowska i Gmitrowicz, 2018.

Istnieją hipotezy wiążące samouszkodzenia chroniczne z biochemicznymi mechanizmami wydzielania endorfin – naturalnych, wewnętrznych środków przeciwbólowych, potocznie nazywanych „hormonami szczęścia” (Walsh, 2014). W chwili zranienia endorfiny znieczulają ból, redukują dyskomfort, poprawiają samopoczucie, a u niektórych wywołują wręcz stan euforii. Są to jednak substancje opioidowe (podobnie jak

morfina), od których można się uzależnić. Oznacza to, że ciężar pracy z młodą osobą z samouszkodzeniami chronicznymi może być podobny jak z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. Nie wystarczy pouczyć czy opowiedzieć o konsekwencjach. Takie wsparcie wymagać będzie często specjalistycznej pomocy i może trwać bardzo długo.

Ocena rozmiaru samouszkodzeń to pytania wprost o: czas trwania, częstotliwość, rodzaj zachowań autoagresywnych. Należy zadawać je w atmosferze wsparcia, bez oceny i osądzania. Młoda osoba, z którą toczy się rozmowa, musi wiedzieć, że dorośli nie ocenia jej moralności. Celem pytań jest sprawdzenie, na ile jest ona bezpieczna dla samej siebie i czy potrzebne są różne interwencje medyczne.

Warto dowiedzieć się:

- jak dawno temu pojawiły się samouszkodzenia?
- z jaką częstotliwością występują?
- w jakich okolicznościach się najczęściej pojawiają?
- w jaki sposób ktoś uszkadza swoje ciało?
- jakie części ciała kaleczy?
- jaka jest powaga obrażeń?

Kiedy nastolatek niechętnie reaguje na pytania, można zastosować odpowiednie kwestionariusze, stanowiące alternatywę dla wstępnego wywiadu. Przykładami takich narzędzi są FASM (The Functional Assessment of Self-Mutilation) oraz ABUSI (The Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale) – oba dostępne w książce „Terapia samouszkodzeń” autorstwa B. Walsh.

Nie każdy nastolatek z samouszkodzeniami wymaga konsultacji psychiatrycznej. Dotyczy to zwłaszcza młodych osób, u których autoagresja pojawiła się w formie epizodycznej (kilkukrotnie) lub jako zachowanie pod presją grupy, związane ze sprawdzeniem „jak to jest”. Jeśli jednak nastolatek sięga po samouszkodzenia z dużą częstotliwością (np. kilka razy w ciągu dnia lub tygodnia) i od dłuższego czasu (np. kilka miesięcy) lub ich efekty są bardzo szkodliwe dla zdrowia (np.

powikłania medyczne, konieczność zakładania szwów), warto zadbać, aby spotkał się z lekarzem. Konsultacja psychiatryczna jest również wskazana, kiedy zachowania autoagresywne występują obok innych objawów zaburzeń psychicznych. Warto pamiętać, że we wszystkich przypadkach niezbędną formą pomocy będą działania psychoterapeutyczne oraz interwencje psychosocjalne.

FUNKCJE SAMOUSZKODZEŃ

Wielu dorosłych, nie rozumiejąc funkcji zachowań autoagresywnych, uznaje je za sposób zwracania na siebie uwagi, błahostkę, chwilową modę, szantaż, manipulację, wyraz „młodzieńczej głupoty” lub buntu. Taki sposób myślenia pociąga za sobą poważne konsekwencje. Osoby, którym będzie towarzyszyć przekonanie, że w samouszkodzeniach jest jakakolwiek zła wola nastolatka, spróbują poradzić sobie z nimi za pomocą restrykcji. Ci, którzy uznają, że to moda, będą oczekiwać, iż problem rozwiąże się sam. Tymczasem

zawsze warto traktować samouszkodzenia poważnie i sprawdzić, co się z nimi wiąże. Zamiast wyciągać pochopne wnioski i patrzeć na nie przez pryzmat krzywdzących stereotypów, można uważnie przyjrzeć się ich psychologicznym korzyściom. Występowanie samouszkodzeń bardzo często świadczy o wysokim poziomie dyskomfortu psychicznego i braku bardziej konstruktywnych umiejętności radzenia sobie z nim. Oprócz tego zachowania autoagresywne mogą pełnić jeszcze inne funkcje.

Funkcje zachowań autoagresywnych

Związane z radzeniem sobie i przetrwaniem (m.in. regulacja napięcia emocjonalnego, ochrona przed samobójczym impulsem)	- Nie czuć trudnych emocji - Rozładować napięcie emocjonalne i poczuć ulgę, odprężenie, spokój - Poradzić sobie z apatią, odrętwieniem, pustką emocjonalną, nudą, poczuć cokolwiek - Zrobić coś ekscytującego, pobudzającego, euforyzującego - Rozproszyc samobójcze myśli, móc zrobić coś innego zamiast próby samobójczej
Funkcje związane z JA (m.in. uzyskanie poczucia wpływu, kontroli i autonomii)	- Mieć poczucie wpływu na siebie, swoje ciało, emocje, cierpienie, życie - Utwierdzić się w przekonaniu o własnej niezależności - Zastąpić ból psychiczny bólem fizycznym i zyskać nad nim większą kontrolę - Znaleźć w swoim życiu obszary, do których inni nie mają dostępu i o których nie decydują
Funkcje związane z relacjami z innymi ludźmi (m.in. komunikowanie, wywieranie wpływu)	- Zakomunikować bez słów i bez konieczności argumentowania swoje cierpienie, trudności - Znaleźć pomoc i opiekę otoczenia - Zyskać uwagę innych - Zyskać wpływ na zachowanie innych - Powstrzymać innych przed zostawieniem lub opuszczeniem - Ukarzać innych za coś

Funkcje związane z samokaraniem i pozostawianiem w roli ofiary	• Wyrazić gniew, nienawiść do siebie • Wymierzyć sobie karę • Potraktować siebie tak jak traktują inni • Szukać sposobu oczyszczenia siebie, swojego ciała • Znaleźć powód do zatroszczenia się o siebie
Funkcje odnoszące się do wcześniejszych traumatycznych doświadczeń (m.in. wyrażanie cierpienia wynikającego z urazu)	• Udowodnić sobie prawdziwość własnego bólu emocjonalnego • Uwolnić się od trudnych emocji i wspomnień • Odtworzyć traumatyczne doświadczenia
Funkcje rozwojowe, regulacja procesu formowania się tożsamości	• Podkreślić swoją niepowtarzalną osobowość, odrębność od innych • Nawiązać więź z rówieśnikami, zyskać akceptację wybranej grupy, dopasować się do innych, poczuć wspólnotę i przynależność • Sprawdzić, jak to jest się samouszkadzać • Sprawdzić, czy jest się na tyle silnym, aby znieść ból

Źródło: opracowanie własne na podstawie Babiker i Arnold, 2003.

Najważniejszą i pierwotną funkcją samouszkodzeń jest regulacja napięcia emocjonalnego. Osoby z samouszkodzeniami mają trudności w radzeniu sobie z własnym afektem. Sytuacje stosunkowo mało znaczące i powodujące niewysokie pobudzenie szybko zmieniają się w ich doświadczeniu w intensywne stany, których nie mogą znieść. Akt autoagresji przynosi niemal natychmiastową ulgę i uspokojenie, pomaga odciąć się od przykrych emocji, służy chwilowemu zapomnieniu, przez co staje się bardzo atrakcyjny. Jednak na dłuższą

metę nie tylko nie rozwiązuje problemów, ale wręcz może je pogłębiać.

Pomoc w zrozumieniu funkcji samouszkodzeń to prośba o bardzo dokładne opisanie sytuacji, kiedy pojawiają się akty autoagresji, dopytanie o emocje, myśli, reakcje innych w tamtych momentach. Dzięki temu można zaplanować dalszą pomoc, ponieważ potrzeby nastolatka i deficyty w ich realizacji stają się bardziej jasne.

Opowiedz mi, proszę, jak wyglądała sytuacja, kiedy ostatnio się pociąłeś. Co się wtedy dokładnie działo?
 Co zdarzyło się przed?
 Jak się w tamtym momencie czułeś? Jakie były w tobie emocje?
 Co w tamtym momencie przyszło ci do głowy, przyszło ci na myśl?
 Jakiego rodzaju obrazy, wyobrażenia pojawiły się w twojej głowie? Czego dotyczyły?
 Jakie myśli pojawiły się w twojej głowie tuż przed tym, jak się skaleczyłeś?

Na tym etapie możliwe jest również zachęcanie nastolatka do tworzenia bilansu zysków i strat powiązanych z samouszkodzaniem. Ten zabieg

pomaga budować motywację do zmiany. Ważne jednak, aby prosić o wskazywanie nie tylko „za”, ale również „przeciw”.

„Za”	„Przeciw”
- Po co to robię? Co osiągam przez to zachowanie? - W czym ono mi pomaga? - Co by się stało złego, gdybym tego nie robił?	- Co przez to zachowanie straciłem, tracę dziś, stracę w przyszłości? - Dlaczego chcę przestać to robić? - Co by się stało dobrego, gdybym przestał to robić?

Źródło: opracowanie własne.

OGRANICZANIE SZKÓD ZWIĄZANYCH Z SAMOUSKODZENIAMI

Ważnym elementem wsparcia młodej osoby z samouszkodzeniami jest nauczanie jej, co może zrobić zamiast stosować autoagresję w sytuacji, kiedy doświadcza silnych emocji. Stosowanie negatywnych zachowań zastępczych to strategia, która opiera się o podobny mechanizm, co samouszkodzenia. Wykorzystuje ona różne doznania zmysłowe (przede

wszystkim czuciowe i wizualne), ale bez naruszania tkanek. Nastolatek doświadcza czegoś podobnego jak w akcie okaleczania, ale kontroluje sytuację i nie szkodzi swojemu zdrowiu. Ta metoda jest sugerowana młodym, u których samouszkodzenia są chroniczne, częste, drastyczne, zagrażające powikłaniami zdrowotnymi.

Negatywne zachowania zastępcze

Zrób eksperyment i w sytuacji, kiedy pojawi się impuls, aby pokaleczyć siebie, sprawdź, czy coś innego zadziała. Możesz:

- „Pstrykać” gumkę-recepturkę w nadgarstek;
- Przyłożyć kostkę lodu w miejsce, gdzie chciałbyś się zranić;
- Trzymać kostkę lodu w dłoni, w ustach (na języku, pod językiem, dociśniętą do zębów);
- Włożyć dłoń do lodowatej wody;
- Rozgryźć pieprz, ziele angielskie lub inne gorzkie przyprawy;
- Klaskać w dłonie aż ścierpną;
- Pomasować, ucisnąć miejsce, które chciałbyś skaleczyć;
- Wziąć lodowaty lub gorący prysznic;
- Popłukać usta bardzo mocnym płynem do jamy ustnej;
- Pisać po ciele czerwonym długopisem, markerem;
- Przykleić plastry w miejsca, gdzie planujesz okaleczenie;
- Posmarować miejsca wcześniejszych ran lub blizn maścią rozgrzewającą;
- Pogładzić miejsca wcześniejszych ran lub blizn miękkim przedmiotem;
- Szczegółowo opisać akt samouszkodzenia.

Który pomysł wydaje ci się najbardziej sensowny? Który spróbujesz zastosować?

Źródło: opracowanie własne.

TRENINGI RADZENIA SOBIE

Zastosowanie negatywnych zachowań zastępczych daje czas na rozwijanie nowych, zdrowszych umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami i zdarzeniami. Warto zaprosić nastolatka do nauki następujących umiejętności:

- akceptacji dyskomfortu psychicznego (wprowadzanie zmian fizjologicznych w ciele, odwracanie uwagi, samouspokajanie, uważność);
- regulowania własnych emocji (rozpoznawanie, nazywanie, skalowanie, samouprawomacnianie, odreagowywanie i wyrażanie);

- relaksacji;
- komunikacji interpersonalnej;
- rozwiązywania problemów (Miller, Rathus i Linehan, 2011).

Ważne, aby podczas spotkań rozmawiać z młodą osobą o tym, czym jest i na czym polega dbanie o siebie i własne ciało, opieka nad samym sobą, bycie dla siebie dobrym, docenianie siebie, chwalenie, akceptowanie swoich wad i popełnianych błędów.

SAMOUSZKODZENIA A ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE – JEDNO I TO SAMO?

Wielu opiekunów postrzega samouszkodzenia jako jedną z form zachowań samobójczych („Skoro się okaleczył, na pewno chciał lub za chwilę będzie chciał się zabić”). To duże nieporozumienie.

Choć samouszkodzenia i zachowania samobójcze przynależą do tej samej, szerszej kategorii – zachowań autodestrukcyjnych – jest kilka cech, które je różnicuje.

Różnicujący wymiar	Samouszkodzenia	Zachowania samobójcze
Intencja	Obniżenie dyskomfortu psychicznego, stan ulgi, spokoju albo pozbycie się apatii i osiągnięcie pobudzenia emocjonalnego	Niemożliwość, by wytrzymać obecny w życiu ból psychiczny, ucieczka od cierpienia emocjonalnego i doświadczanych trudności, niebyt, trwałe wyłączenie świadomości
Poziom zagrożenia dla zdrowia lub życia	Zazwyczaj niewielki, najczęściej brak konieczności interwencji medycznych	Poważny, nierzadko konieczność konsultacji z lekarzami różnych specjalności
Częstotliwość	Na ogół powtarzające się zachowania z różnym nasileniem w czasie	Rzadka
Sięganie po różne metody	Zwykle więcej niż jedna forma uszkodzania ciała	Zwykle wybór jednej metody

Nasilenie cierpienia psychicznego	Obecny dyskomfort psychiczny, ale zazwyczaj nie występujący w sposób ciągły	Cierpienie nie ustępuje i w subiektywnych odczuciach wydaje się być nie do zniesienia
Zawężenie poznawcze	Na ogół nie występuje; obecna silna dążność, aby znaleźć możliwe działania	Obecne i narastające, co sprawia, że mogą zacząć być postrzegane jako jedyny możliwy sposób poradzenia sobie z trudnościami
Poczucie bezsilności i braku nadziei	Pojawia się czasowa poprawa nastroju i poczucie wpływu	Dominują nad innymi stanami
Ograniczenie dostępu do metod	Niewykonalne i niewskazane, często przynosi nasilenie samouszkodzeń	Wskazane, często ratuje życie

Źródło: opracowanie własne na podstawie Walsh, 2014; Wycisk i Ziółkowska, 2010.

Obie formy autodestrukcji bezpośredniej mogą mieć jednak te same czynniki ryzyka (np. depresja; zaburzenia lękowe, osobowości czy zachowania; nadużywanie substancji psychoaktywnych; impulsywność; doświadczenie przemocy; dysfunkcje w rodzinie). Samouszkodzenia i zachowania samobójcze pozostają ze sobą w dwukierunkowym związku:

- samouszkodzenia mogą być czynnikiem ryzyka rozwinięcia się zachowań samobójczych;
- do momentu, kiedy samouszkodzenia są skutecznym sposobem samoregulacji emocjonalnej, mogą być jednocześnie czynnikiem ochronnym przed podjęciem próby samobójczej.

Wiążą się z tym dwa podstawowe wskazania praktyczne:

1. Jeśli mamy wsparciowy lub terapeutyczny kontakt z nastolatkiem, u którego obecne są samouszkodzenia, na początku pracy warto sprawdzić obecność myśli, planów i działań samobójczych oraz ocenić potencjalne ryzyko w tym zakresie.
2. W trakcie pracy warto ponawiać ocenę ryzyka zwłaszcza wtedy, kiedy pojawią się następujące zmiany w samouszkodzeniach:

- Zbyt silne, niezamierzone uszkodzenie ciała („Czy zdarzyło ci się okaleczyć mocniej niż zamierzałeś? Czy często zdarzają ci się takie sytuacje w ostatnim czasie?”);
- Eskalacja samouszkodzeń („Czy obecnie kaleczysz się tak samo czy inaczej jak na początku? Słabiej czy mocniej?”);
- Samouszkodzenia dokonywane pod wpływem alkoholu, środków zmieniających świadomość („Czy okaleczałeś się, kiedy byłeś pod wpływem alkoholu, narkotyków, dopalaczy?”);
- Spadek skuteczności samouszkodzeń („Czy samouszkodzenia przynoszą oczekiwane przez ciebie rezultaty? Czy dają te same efekty, co na początku?”);
- Konieczność korzystania z pomocy medycznej („Czy po jakimś okaleczeniu potrzebna ci była pomoc lekarska, pielęgniarska? Trzeba było założyć ci szwy? Ile było takich sytuacji? Jak często zdarzają się takie sytuacje?”).

BIBLIOGRAFIA

Babiker, G., Arnold, L. (2003). Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Makowska, I., Gmitrowicz, A. (2018). Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze. Uzyskano w maju 2021 r. z: psjd.icm.edu.pl/psjd/element/bwmeta1.element.psjd-79e6d78a-e195-4f57-86ab-355af34fb29f/c/173-179_Psychiatria_2.2018_Makowska.pdf

Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2011). Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi. Przeł. M. Kapera. Kraków: WUJ.

Walsh, B. W. (2014). Terapia samouszkodzeń. Kraków: WUJ.

Wycisk, J., Ziółkowska, B. (2010). Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Ziółkowska, B., Wycisk, J. (2019). Autodestruktywność dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Warto przeczytać dodatkowo:

Ainsworth, E. (2017). Krzywda. Historia moich blizn. Warszawa: Wydawnictwo Zielona Sowa.

Jankowska, M. (2020). Zarządzanie emocjami. Krok w stronę zdrowia psychicznego. Warszawa: Ośrodek Rozwoju edukacji.

Łuba, M. (2011). Gdy emocje kaleczą. Głos Pedagogiczny, 34.

Łuba, M. (2020). Każdy z nas jest ratownikiem. Pierwsza pomoc emocjonalna w reakcji na samouszkodzenia i zachowania samobójcze u młodych osób. Remedium, 324.

Łuba M. (2016). Samouszkodzenia u młodzieży – zrozumieć, żeby mądrze pomagać. Świat Problemów, 281, 13-17.

Łuba M. (2016). Samouszkodzenia u młodzieży – sposoby wsparcia. Świat Problemów, 282, 33-37.

Szwajca, K., Kasprzak, P., Serafin, M., Wojciechowski, T. (2019). Rola pracowników oświaty w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu zachowaniom autodestruktywnym u młodzieży. Mysłowice: Fundacja Wielogłosu.

Małgorzata Łuba

Stany depresyjne i kryzys samobójczy

OD DEPRESJI DO AUTODESTRUKCJI

Depresja należy do zaburzeń nastroju. Szacuje się, że może dotyczyć ok. 20% nastolatków (Ambroziak, Kołakowski i Siwek, 2018). Jest ona problemem funkcjonowania całego organizmu – powoduje zmiany w fizjologii, sposobie myślenia i odczuwania, wpływa na pogorszenie zachowań młodego człowieka. Jej dominującymi objawami są:

- obniżony nastrój (ogromny smutek, przygnębienie, rozpacz, często bez konkretnego powodu);
- obniżony napęd (nadmierne zmęczenie, brak sił do działania, spowolnienie);
- utrata odczuwania przyjemności (apatia i zubożenie na różne do tej pory ważne sprawy).

Często towarzyszy im negatywny sposób myślenia (o sobie, innych ludziach, przyszłości), poczucie winy, beznadziejności, bezsensu, a także szereg objawów somatycznych (ból, problemy z jedzeniem, snem). Depresja prowadzi do wrażenia pustki, niskiego poczucia własnej wartości i niedopasowania do otaczającego świata. Taki stan musi utrzymywać się przynajmniej dwa tygodnie. Zazwyczaj jednak trwa kilka lub nawet kilkanaście miesięcy. U młodzieży może wystąpić nietypowy obraz depresji. Częściej niż smutek widoczna jest drażliwość, ciągłe podenerwowanie i łatwe wpadanie w złość. Do tego trudności z mobilizacją, brak motywacji, niechęć do nauki, chodzenia do szkoły, większa tendencja do wchodzenia w konflikty. To wszystko utrudnia i tak niełatwe zadanie, jakim jest rozpoznanie objawów depresji.

Co może zauważyć dorosły w domu lub szkole?

- Długotrwałe przygnębienie, utrata spontaniczności, większa płaczliwość
- Rozdrażnienie, większa skłonność do konfliktów, wybuchów, agresji
- Pojawienie się negatywnych wypowiedzi o sobie, o świecie, o przyszłości
- Trudność z radzeniem sobie z krytyką i porażkami
- Wycofanie z kontaktów z innymi, mniejsza chęć do rozmów, zabaw, spotkań, rezygnowanie z zajęć lubianych
- Wyraźne, dość nagłe opuszczenie się w nauce
- Nieobecności w szkole (czasami jedynie na pierwszych lekcjach)
- Uskarżanie się na różne bóle, zmęczenie, unikanie wysiłku, trudność z mobilizacją
- Problemy ze snem i jedzeniem
- Brak dbałości o siebie, swój wygląd i higienę

- Niepokojące, niejednoznaczne wypowiedzi lub komunikaty na portalach społecznościowych
- Nadmierne korzystanie ze smartfona, komputera, internetu
- Zachowania „wentylacyjne” – alkohol, SPA, samouszkodzenia, próby samobójcze

WAŻNE! CHOĆ SŁOWO „DEPRESJA” JEST POWSZECHNIE UŻYWANE W POTOCZNYM JĘZYKU, TO JAKO STAN CHOROBY OZNACZA ZUPEŁNIE COŚ INNEGO.

CO ODRÓŻNIA PRZYGNĘBIENIE OD DEPRESJI?

Cecha	Przygnębienie	Depresja
Nasilenie nastroju	Pojawia się złe samopoczucie, „chandra”, zniechęcenie.	Obecny jest silny smutek, przygnębienie.
Czas trwania	Obniżenie nastroju trwa krótko (maksymalnie kilka godzin lub dni). Po pewnym czasie samo przemija.	Negatywny nastrój trwa długi czas (przynajmniej dwa tygodnie, częściej kilka miesięcy) i jest stały.
Poczucie choroby	Nie ma się poczucia choroby.	Pojawia się myślenie, że jest się nienormalnym, gorszym, ułomnym, upośledzonym, wadliwym, przegranym itp.
Przyjemność	Pomimo gorszego nastroju odczuwa się przyjemność i satysfakcję.	Pojawia się brak radości z życia. Przestają cieszyć nie tylko drobne przyjemności, ale również rzeczy przynoszące do tej pory dużą satysfakcję.
Energia	Pojawia się przejściowe zniechęcenie do działania.	Pojawia się permanentne zmęczenie. Nawet większa ilość snu i odpoczynku nie powoduje, że ono mija.
Dezorganizacja aktywności życiowej	Pomimo gorszego samopoczucia można wypełniać swoje obowiązki bez większych zaległości.	Wykonywanie codziennych czynności staje się trudne, czasami wręcz niewykonalne. Najdrobniejsza aktywność kosztuje coraz więcej wysiłku. Odkładane zadania zaczynają się piętrzyć i przerastać.

Dolegliwości bólowe	Zwykle nie występują.	Często pojawiają się bóle głowy, brzucha, innych części ciała, których nie da się wytłumaczyć żadnym innym problemem zdrowotnym.
Sprawność poznawcza	Zwykle nie występuje.	Pojawiają się problemy z koncentracją uwagi i trudności w uczeniu się i zapamiętywaniu nowych rzeczy.
Apetyt	Nie zmienia się.	Nie ma się ochoty nawet na dania, które bardzo się lubi. Tracą swój smak. Rzadziej może się pojawić wzmożony apetyt i objadanie się.

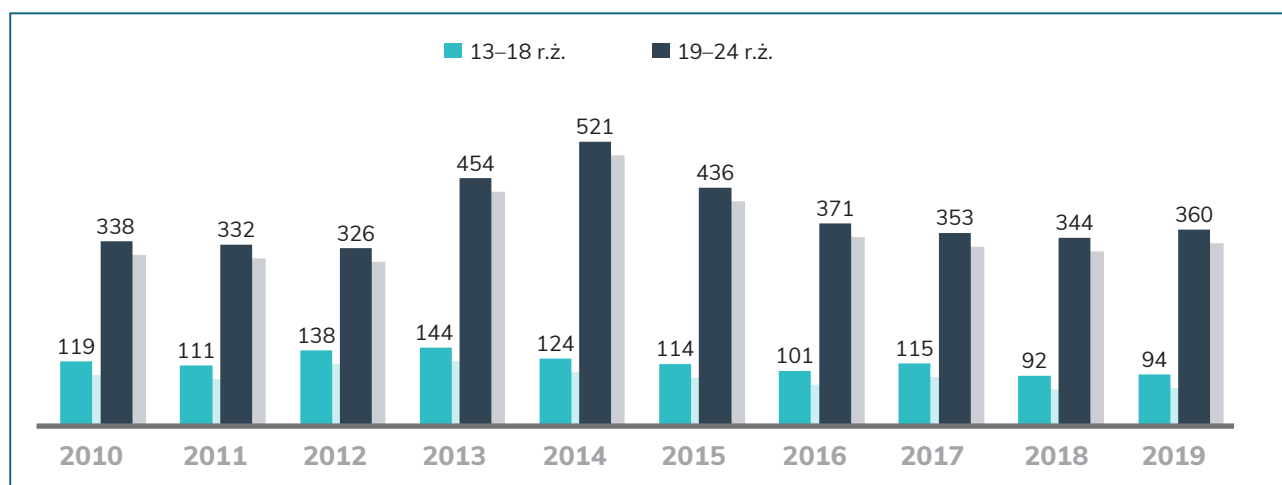
Objawy depresji nie tylko powodują pogorszenie codziennego funkcjonowania, ale mogą stać się przyczyną dodatkowych problemów. Młodzi ludzie – chcąc sobie pomóc – zaczynają szukać sposobów na zagłuszenie depresyjnego samopoczucia. Znajdują ulgę, zapomnienie, chwilową poprawę nastroju w alkoholu, dopalaczach, narkotykach. W podobnym celu kaleczą

swoje ciało lub długimi godzinami przesiadują przed komputerem. Jednak najpoważniejszą, bo nieodwracalną konsekwencją depresji mogą być zachowania samobójcze – skrajny sposób „poradzenia sobie” z cierpieniem psychicznym, które wydaje się nie do wytrzymania.

ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE

Każdego roku w Polsce dochodzi do ponad pięciu tysięcy samobójstw (KGP, 2020). Statystyki z ostatnich dziesięciu lat pokazują, że w tej grupie znajduje się

ok. 100 nastolatków od 13. do 18. r.ż. oraz ok. 350 nastolatków i młodych dorosłych między 19. a 24. r.ż.



Liczba samobójstw wśród młodzieży w Polsce w latach 2010–2019 (KGP, 2020)

Problemem o znacznie większej skali niż samobójstwa są próby samobójcze – według WHO może być ich ponad 100 lub nawet 200 razy więcej niż samobójstw (2019). To oznacza, że liczbę prób samobójczych wśród młodzieży należy szacować na poziomie bliskim 40–50 tysięcy rocznie.

Zachowania samobójcze to zjawisko szersze niż próba i śmierć samobójcza. Można rozumieć je jako proces, który obejmuje kilka elementów: myśli, plany oraz działania (Wasserman, 2001). Na początku obecne są myśli rezygnacyjne związane z niechęcią do życia, które pojawiają się z różnym nasileniem i częstotliwością – zwykle są przelotne i krótkotrwałe. Po pewnym czasie mogą formułować się w myśli samobójcze – przybierać formę pasywną (wyobrażenie znalezienia się w sytuacji zagrożającej, np. zdiagnozowanie nieuleczalnej choroby,

bycie ofiarą wypadku) lub aktywną (wyobrażenie działań doprowadzających do śmierci i samego momentu umierania) i stawać się bardziej natrętne. Może towarzyszyć im pragnienie śmierci jako takiej, ale nie jest to warunek konieczny. Częściej dominuje chęć przerwania cierpienia, odcięcia się lub ucieczki od trudności, dokonania zmiany w swoim otoczeniu i życiu (Gmitrowicz, Makara-Studzińska i Młodożeniec, 2015). Efektem myśli może być kolejny element zachowań samobójczych – plany (rozmyślania, jak odebrać sobie życie, wybieranie metody, szukanie informacji na ten temat, przygotowywanie środków, określanie miejsca i czasu) i towarzyszące im tendencje do ich realizacji. Po tym etapie mogą wystąpić potencjalnie śmiertelne działania. Jeśli nie doprowadzą one do śmierci, mamy do czynienia z próbą samobójczą. Jeśli ich finałem jest śmierć – z samobójstwem dokonanym.



Kryzys samobójczy to doświadczenie, kiedy w człowieku działają destrukcyjne mechanizmy – pojawia się nieznośny ból i cierpienie psychiczne, zaczyna brakować sił, aby poradzić sobie z trudnościami, traci się poczucie nadziei i wpływu na własne życie, podważa się dalszy sens własnego istnienia, śmierć zaczyna być postrzegana jako rozwiązanie problemu lub ucieczki od tego, co trudne i niechciane, do głowy przychodzą myśli o odebraniu sobie życia, plany, jak to zrobić, podejmuje się próbę samobójczą. Mogą doświadczać go osoby w różnym wieku, jednak nie każdy przeżywa go dokładnie w taki sam sposób, nie u każdego wiąże się z takim samym zagrożeniem dla zdrowia i życia, nie każdy wymaga natychmiastowej interwencji specjalistycznej.

Wyniki badań pokazują, że ponad 30% osób z myślami samobójczymi zaczyna planować, jak odebrać sobie życie, a podobnie liczna grupa podejmuje próbę samobójczą (Nock i in., 2008). U niektórych osób proces

zachowań samobójczych przebiega w impulsywny sposób – próby pojawiają się w związku z myślami, ale bez etapu planowania.

SYGNAŁY ZAGROŻENIA

Zachowania samobójcze mogą towarzyszyć danej osobie na przestrzeni dni, tygodni lub lat i przez większą część czasu ich obecność może być niedostrzegalna dla innych. Choć badania wskazują, że ok. 80% osób, które zamierzają odebrać sobie życie, w werbalny lub niewerbalny sposób sygnalizuje wcześniej swoje zamiary (Simon i Hales, 2012), ich komunikaty są na tyle niespecyficzne, że ich otoczenie łatwo może je przeoczyć lub znaleźć dla nich inne, niegroźne wytłumaczenie,

np. przejściowe gorsze samopoczucie, wiek dojrzewania, prowokowanie, zwracanie na siebie uwagi itp.

Austriacki suicydolog Erwin Ringel, na podstawie rozmów z ponad 700 osobami po próbach samobójczych, stworzył pojęcie syndromu presuicydalnego – stanu psychicznego, który poprzedza próbę samobójczą. Budują go trzy składowe: zawężenie, agresja hamowana i autoagresja oraz fantazje samobójcze.

Syndrom presuicydalny

	Sytuacyjne	Dynamiczne	Stosunków międzyludzkich	Świata wartości
Zawężenie	Przekonanie o znalezieniu się w niejasnej, zagrażającej, trudnej i niedającej się zmienić sytuacji. Poczucie osaczenia, bycia w potrzasku, bezradności, braku wpływu i szansy na poprawę.	Dominacja nieprzyjemnych stanów emocjonalnych, np. smutku, rozpacz, lęku, żalu i postrzeganie swojego życia przez ich pryzmat. Pesymistyczne nastawienie, koncentracja na stratach i porażkach, dotkliwe ich odczuwanie oraz przewidywanie kolejnych w przyszłości.	Zmniejszenie kontaktów z ludźmi, powierzchowne rozmowy, dewaluacja istniejących relacji. Poczucie osamotnienia, wyobcowania, bycia opuszczonym i nierozumianym przez innych.	Poczucie bycia bezwartościowym, nieważnym i niepotrzebnym dla innych. Dewaluacja wcześniej cenionych wartości, brak angażowania się w działania do tej pory uznawane za ważne. Brak poczucia sensu życia oraz odrzucanie społecznie uznanego systemu wartości.

	Przykładowe zmiany w zachowaniu: – Pogorszenie nastroju, duża zmienność nastroju – Wyraźne zmiany osobowości i niepokojące zachowania – Trudności z koncentracją, rozkojarzenie przypominające nieobecność – Wycofywanie się z kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, ludźmi z otoczenia – Utrata zainteresowania rozrywkami, rzeczami i sprawami, które do tej pory były ważne – Odrzucanie pomocy, poczucie osamotnienia, opuszczenia przez innych – Stan świadczący o zmęczeniu i niemocy – Brak wiary w możliwość rozwiązania problemów, poradzenia sobie z trudnościami – Deprecjonowanie i oskarżanie siebie, poczucie winy i bycia złym człowiekiem, ciężarem dla innych
Agresja hamowana i autoagresja	Kumulowanie się frustracji, napięcia, złości, prowadzące do wzrostu odczuwanej agresji przy równoczesnym ograniczeniu możliwości jej rozładowania (uniemożliwione jest to poprzez indywidualne zahamowania lub warunki zewnętrzne). Zwrócenie agresji do wewnątrz, tj. przeciwko samemu sobie i wyrażanie jej w autoagresywnych zachowaniach. Przykładowe zmiany w zachowaniu: – Wzrost impulsywności, nagłe działania jak akty agresji i autoagresji – Zachowania buntownicze lub ucieczkowe (związane z dużym napięciem emocjonalnym), absencja w szkole – Pierwsze sięganie po środki zmieniające psychoaktywnie lub nasilenie ich używania
Fantazje samobójcze	Pojawienie się myśli, w których wyobrażenie własnej śmierci daje poczucie ulgi i chwilowego rozładowania napięcia, samobójstwo zaczyna być postrzegane jako korzystne i pożądane rozwiązanie. Wyobrażanie bycia martwym, rozmyślanie o różnych sposobach, które mogłyby doprowadzić do śmierci, koncentracja na konkretnej metodzie samobójstwa i szczegółowe planowanie jego realizacji. Przykładowe zmiany w zachowaniu: – Zainteresowanie śmiercią objawiane w wypowiedziach i pracach – Wypowiadanie komunikatów wprost lub nie wprost o myślach i planach samobójczych, o beznadziejności lub bezsensie życia – Poszukiwanie informacji, w jaki sposób odebrać sobie życie – Gromadzenie leków, potrzebnych przedmiotów, narzędzi – Pożegnania, przygotowywanie listów, sporządzanie testamentu, porządkowanie i „domykanie” różnych spraw

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ringel, 1987; Szymańska, 2016.

WAŻNE! ELEMENTY SYNDROMU PRESUICYDALNEGO OBECNE W WYPOWIEDZIACH I ZACHOWANIACH MŁODEJ OSOBY NALEŻY TRAKTOWAĆ JAKO SYGNAŁY OBECNOŚCI ZAGROŻENIA.

CZYNNIKI PROTEKCYJNE I CZYNNIKI RYZYKA

W suicydologii istnieją liczne modele, które próbują wyjaśnić powstawanie zachowań samobójczych. Większość z nich zakłada, że – jako złożony proces – są wypadkową interakcji wielu różnych grup czynników (genetycznych, biologicznych, psychologicznych, sytuacyjnych, społecznych, kulturowych) i przebiegają

z uzależnioną od ich obecności dynamiką. Można uznać, że pojawiają się wtedy, kiedy działanie czynników o charakterze ochronnym nie jest w stanie zrównoważyć wpływu czynników ryzyka, czyli okoliczności życiowych, które mogą predysponować do podjęcia zachowań suicydalnych.

Czynniki ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych

Długoterminowe (podatność)	Sytuacyjne
Wcześniejsze próby samobójcze, samouszkodzenia	Silnie stresujące wydarzenia życiowe m.in.: • straty interpersonalne (śmierć, rozwód, separacja, zawód miłosny, konflikty); • utrata lub ograniczenie niezależności (utrata pracy, trudna sytuacja materialna, areszt, konflikty z prawem, nieplanowane rodzicielstwo); • kryzysy, porażki, wstyd (problemy w pracy, szkole); • doświadczenie dyskryminacji, przemocy (fizycznej, psychicznej, seksualnej).
Zaburzenia psychiczne (depresja, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, schizofrenia, anoreksja, szkodliwe używanie i uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia zachowania)	
Zaburzenia osobowości (osobowość z pogranicza, dys socjalna)	
Przewlekłe choroby somatyczne (szczególnie z objawami bólowymi, bezsennością)	Pierwsze objawy chorób somatycznych, psychicznych i urazów lub gorsze funkcjonowanie z ich powodu
Przewlekłe problemy w środowisku rodzinnym: • zaburzenia psychiczne i zachowania samobójcze w rodzinie (szczególnie u rodziców i opiekunów); • doświadczenie przemocy (fizycznej, psychicznej, seksualnej, zaniedbania); • słabe kontakty opiekun–dziecko, brak więzi rodzinnych.	Samobójstwo bliskiej osoby, w środowisku szkolnym, społecznym, ekspozycja na zachowania samobójcze innych ważnych osób (mass media)
Płeć męska (samobójstwa), płeć żeńska (próby samobójcze)	Intoksykacja (bycie pod wpływem alkoholu, narkotyków, leków lub innych substancji zmieniających świadomość)
Wiek (15–29, > 45)	

Orientacja bi- i homoseksualna	Dostęp do metod popełnienia samobójstwa
Przynależność do mniejszościowej grupy, np. etnicznej, religijnej, brak wsparcia, izolacja społeczna, bezrobocie	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ringel, 1987; Szymańska, 2016.

Obecność czynników długoterminowych świadczy o podatności na różnego rodzaju trudności ze zdrowiem psychicznym i może stanowić podłoże dla rozwijania się procesu zachowań samobójczych. Każdy

długoterminowy czynnik ryzyka ma trochę inną moc predykcyjną. Za najsilniejszy uznaje się wcześniejsze próby samobójcze i objawy depresyjne.

Próba samobójcza jest uznawana za główny, niezależny czynnik ryzyka samobójstwa – ok. 40% osób po próbie ponawia ją w ciągu pierwszych 12–14 miesięcy, a wcześniejsze próby samobójcze stwierdzone są u co trzeciej ofiary samobójstwa (WHO 2019). Niestety wciąż wiele osób uznaje próby samobójcze za zachowania prowokacyjne („Skoro przeżył, tak naprawdę nie chciał się zabić, a jedynie zwrócić na siebie uwagę i zyskać uwagę otoczenia”) lub manipulacyjne („To szantaż emocjonalny – w ten sposób próbuje coś wymusić lub osiągnąć”). Nie ma podziału na „prawdziwe” i „fałszywe” próby. Każde takie działanie oznacza ambiwalentny stosunek do życia i śmierci („W jakimś stopniu chcę umrzeć i w jakimś stopniu chcę żyć”) i może rodzić ogromne niebezpieczeństwo.

Czynniki krótkoterminowe są ściślej powiązane w czasie z pojawieniem się lub nasileniem myśli samobójczych, przygotowaniem planów i podejmowaniem prób – można je rozumieć jako stresor, który nasila nieprzyjemne

samopoczucie, zawęża percepcję i tym samym utrudnia znalezienie bardziej konstruktywnych rozwiązań. Jednak dopiero współwystępowanie czynników długo- i krótkoterminowych zwiększa ryzyko samobójcze.

CZYNNIKI PROTEKCYJNE

Wsparcie młodych osób w kryzysie samobójczym to rozpoznawanie i modyfikowanie obecnych w ich życiu czynników ryzyka oraz identyfikowanie czynników protekcyjnych i wzmacnianie ich działania. Część czynników ochronnych związana jest z rodziną i bliskimi, np. dobre relacje, wsparcie ze strony najbliższych, poczucie odpowiedzialności za rodzinę, rodzicielstwo. Inne – z dbaniem o siebie, np. aktywność fizyczna, przestrzeganie higieny snu, dobra dieta, unikanie używek. Jeszcze inna grupa dotyczy światopoglądu i świata

wartości, np. zaangażowanie społeczne, religijność, oraz cech indywidualnych, np. poczucie wewnętrznej wartości, zdolność realnej oceny sytuacji, umiejętności psychospołeczne, gotowość do poszukiwania wsparcia, otwartość na naukę i nowe doświadczenia. Wśród społecznych czynników protekcyjnych wymienia się m.in. dostępność wsparcia medycznego, psychoterapeutycznego, społecznego w kryzysach, zwiększanie wiedzy nt. zdrowia psychicznego i zaburzeń u opiekunów młodych osób (WHO, 2019).

SZACOWANIE RYZYKA SAMOBÓJCZEGO

Ocena zagrożenia samobójczego to jedno z trudniejszych wyzwań dla specjalistów zdrowia psychicznego. Ma ona pomóc w określeniu najwłaściwszego sposobu postępowania. Najważniejszym narzędziem w niej jest rozmowa i umiejętność nawiązania kontaktu. Jest to więc bardzo subiektywna miara, zależna od doświadczenia, kompetencji, uważności. Od strony formalnej za ocenę

odpowiada psychiatra. Ale również w placówkach edukacyjnych oraz instytucjach i organizacjach zajmujących się pracą z młodzieżą potrzebna jest umiejętność rozpoznawania różnych poziomów zagrożenia, aby podjąć konieczne działania. Obszary, które warto uwzględnić przy ocenie zagrożenia samobójczego, to (Gmitrowicz, Makara-Studzińska i Młodożeniec, 2015; APA, 2007):

1. **Krótkoterminowe czynniki ryzyka oraz istotne czynniki długoterminowe** – aktualna sytuacja życiowa oraz szerszy kontekst doświadczeń.
2. **Obecność zachowań samobójczych, ich intensywność i czas trwania.**

Przykładowe pytania:

Myśli rezygnacyjne i samobójcze, ich nasilenie i możliwość kontroli nad nimi:

- Czasem ludzie, którzy czują się źle, są przygnębieni, martwią się, zaczynają myśleć, że nie warto żyć, że chcieliby zasnąć i się nie obudzić, że chcieliby umrzeć. Czy ty też tak masz?
- Czy zdarzyło ci się kiedykolwiek myśleć o zabiciu siebie? Co dokładnie wtedy myślałeś?

- Jak często pojawiają się takie myśli – ile razy w ciągu dnia, tygodnia itp.?
- Czy możesz przestać myśleć o zabiciu się lub chęci śmierci, gdybyś tego chciał? Czy masz kontrolę nad takimi myślami? A może są uporczywe i natrętne i przychodzą do głowy nawet wtedy, kiedy tego nie chcesz?
- Czy kiedykolwiek myśli były tak nasilone, że chciałeś zrobić sobie krzywdę? Na ile prawdopodobne jest to, że podejmiesz takie działania w przyszłości?

Intencje oraz oczekiwane konsekwencje śmierci:

- Jakie sprawy spowodowały, że myślisz w ten sposób?
- Myślisz o śmierci, bo... Myślisz o zabiciu siebie, bo...
- Co byłoby, gdybyś odebrał teraz sobie życie? Jakie byłyby tego skutki?

Plany i tendencje samobójcze:

- Czy zastanawiałeś się, w jaki sposób odebrać sobie życie? O czym dokładnie myślałeś?
- Czy zacząłeś opracowywać szczegóły tego, w jaki sposób się zabić? Jakie masz plany? Kiedy, gdzie, jak planujesz odebrać sobie życie? Jakie poczyniłeś przygotowania? Czy posiadasz środki potrzebne do przeprowadzenia tego planu?
- Czy masz zamiar zrealizować ten plan? Jak bardzo prawdopodobne jest, że odbierzesz sobie życie?

Wcześniejsze próby samobójcze:

- Czy kiedykolwiek podjąłeś działanie, które mogło doprowadzić do twojej śmierci? Opisz, proszę, kiedy to było i co się wtedy dokładnie stało.
- Ile razy próbowałeś popełnić samobójstwo? Kiedy zdarzyło się to ostatni raz?

Wiele z tych pytań może wywoływać silne obawy u interwenta. Warto jednak pamiętać, że pytania poruszające wprost niełatwy temat śmierci i samobójstwa nie zwiększają zagrożenia. Osoby rozważające samobójstwo często potrzebują o tym otwarcie porozmawiać. W ten sposób doświadczają

ulgi, bo zmniejsza się ciężar ukrywania przykrych tajemnic. A pytający stwarza możliwość usłyszenia szczerych odpowiedzi lub daje sobie szansę zorientowania się, gdy młoda osoba próbuje udzielić nieprawdziwych informacji (Świącicki, 2018).

3. **Obecność zawężeń i zniekształceń poznawczych i emocjonalnych** – negatywna ocena własnych możliwości, poczucie braku nadziei, bezradności, bezsilności, sztywność myślenia, myślenie dychotomiczne, brak wiary w szansę na pozytywną zmianę, poczucie osamotnienia, opuszczenia, niezrozumienia, izolacji, brak poczucia sensu, utrata wartości życia, powody, aby umrzeć.
4. **Słabe, niekonstruktywne sposoby radzenia sobie** – zachowania agresywne, tendencja do unikania, izolowania się, redukowanie napięcia poprzez środki psychoaktywne, samouszkodzenia.
5. **Czynniki protekcyjne** – dostępność wsparcia, tolerancja stresu i dyskomfortu psychicznego, umiejętności konstruktywnego radzenia sobie, powody, aby żyć.

- Co lub kto powstrzymuje cię przed odebraniem sobie życia?
- Osoby, rzeczy, które pomagają ci nie myśleć o samobójstwie to...
- Najważniejsza rzecz, która sprawiłaby, że przestałbyś myśleć o samobójstwie to...

Rezultatem oceny ma być wskazanie, z jakim rodzajem ryzyka mamy do czynienia i wybór najwłaściwszej drogi wsparcia.

POZIOMY ZAGROŻENIA I WSKAZANE INTERWENCJE

Trzy poziomy ryzyka samobójczego, które uwzględniają (Młodożeniec, 2008). Każdy poziom wiąże się z potrzebą czasu trwania zagrożenia i jego nasilenie, to przeprowadzenia nieco innych interwencji.

ryzyko: nagłe, krótkoterminowe i długoterminowe

Poziomy ryzyka i wskazane interwencje		
Poziom ryzyka	Sytuacyjne	Interwencje
Nagłe – próba samobójcza może być podjęta w ciągu najbliższych 48 godzin	• Osoba po przerwanej lub udaremnionej próbie samobójczej. • Osoba z natrętnymi myślami samobójczymi o dużym nasileniu, z planem i tendencjami samobójczymi (chce się zabić i przygotowała środki do popełnienia samobójstwa). • Osoba z myślami samobójczymi i towarzyszącymi im nasilonymi objawami zaburzeń psychicznych. • Osoba z myślami samobójczymi i towarzyszącymi im nasilonymi objawami kryzysu, m.in. pobudzenie emocjonalne, impulsywność, osłabienie kontroli impulsów (np. poprzez przyjęte środki), znalezienie się w dramatycznej sytuacji życiowej, poczucie braku wpływu i bezwylściowości.	1. Wyjaśnij potrzebę pilnej konsultacji psychiatrycznej i poinformuj o jej prawdopodobnym przebiegu, aby obniżyć lęk przed nietypową, często nieznaną sytuacją i pomóc się do niej przygotować. 2. Zadzwoń na numer alarmowy i opisz zagrożenie. Towarzysz młodej osobie przez cały czas do momentu przyjazdu służb, dbając o swoje i jej bezpieczeństwo. 3. Jeśli nastolatek ma opiekunów prawnych, skontaktuj się z nimi i przekaz im informację o zagrożeniu i podjętej interwencji. 4. Utrzymuj kontakt po konsultacji lub hospitalizacji jako wyraz troski i zainteresowania.

		Gdy nastolatek lub jego opiekunowie prawni nie wyrażają zgodny na konsultację psychiatryczną, Art. 2. 1. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994¹ daje możliwość doprowadzenia do badania psychiatrycznego osoby, której zachowanie wskazuje na to, że może bezpośrednio zagrażać własnemu życiu, również bez jej zgody lub bez zgody jej opiekunów prawnych.
Krótkoterminowe – próba samobójcza może być podjęta na przestrzeni najbliższych dni, tygodni	Osoba z utrzymującymi się myślami samobójczymi, ale bez planów i tendencji, przejawia mniejsze pobudzenie emocjonalne i większą kontrolę impulsów. Mogą się pojawić objawy zaburzeń psychicznych i zachowań problemowych o mniejszym nasileniu.	1. Wyjaśnij potrzebę konsultacji psychiatrycznej. W przypadku aktywnych myśli samobójczych oraz dotkliwych objawów problemowych warto, aby odbyła się ona jeszcze tego samego dnia, np. na izbie przyjęć, w środowiskowym centrum zdrowia psychicznego, w ośrodku interwencji kryzysowej. 2. Jeśli młoda osoba ma opiekunów prawnych, skontaktuj się z nimi i przekaz im informację o zagrożeniu. 3. Opracuj z nastolatkiem i jego najbliższymi plan działań na najbliższy czas. Ma on uwzględniać monitorowanie zagrożenia, plan bezpieczeństwa (radzenie sobie z samobójczymi impulsami, ograniczenie dostępu do metod odebrania sobie życia, okoliczności wzywania służb), konsultację psychiatryczną oraz działania interwencyjne i psychoterapeutyczne, np. w poradni zdrowia

¹ Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994 (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535)

		psychicznego, ośrodka interwencji kryzysowej, ośrodka terapii uzależnień, środowiskowym ośrodku pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej.
Długoterminowe – próba samobójcza może być podjęta w ciągu najbliższych miesięcy, lat	- Osoba z myślami rezygnacyjnymi lub samobójczymi i towarzyszącymi im czynnikami ryzyka w łagodnej formie (zaburzenia depresyjne, osobowości, uzależnienia, zły stan zdrowia somatycznego). - Osoba po wcześniejszych próbach samobójczych, przeżywająca aktualnie trudności.	- Wyjaśnij potrzebę konsultacji psychiatrycznej i wskaż miejsca, gdzie może się ona odbyć w trybie ambulatoryjnym. - Punkty 2. i 3. takie jak w przypadku ryzyka krótkoterminowego.

Ważnym elementem wspierania młodej osoby z krótko- lub długoterminowym zagrożeniem jest zmotywowanie jej do opracowania planu bezpieczeństwa na wypadek intensyfikacji samobójczych impulsów. Jego istotą jest odpowiedź na pytanie, co zrobić, gdy pogorszy się stan psychiczny i pojawią się samobójcze tendencje, i jak się przed nimi uchronić. W tworzeniu planu warto

uwzględniać trudne dla nastolatka zdarzenia, które mogą zadziać się w najbliższym czasie, i wcześniejsze sposoby radzenia sobie w podobnych sytuacjach. Ważne, aby nie narzucać swoich pomysłów, tylko wspólnie szukać działań, do których przekonany będzie młody człowiek.

Pytania pomocne w opracowaniu planu bezpieczeństwa:

- Kiedy pogarsza się nastrój, intensywniejsze mogą być myśli o skrzywdzeniu siebie – zadaniu sobie bólu lub zabiciu siebie. Takie myśli mogą się zdarzyć, ale ważne, żeby za nimi nie podążyć.
- W trudnych chwilach warto wiedzieć, jak przeczekać najgorszy czas, odwrócić swoją uwagę od cierpienia, uspokoić się lub zrobić coś, aby poczuć się lepiej. Pomaga w tym wcześniejsze przygotowanie listy konkretnych i możliwych działań.
- Po czym możesz poznać, że zbliża się gorszy czas?
- Opisz sytuację – jeżeli taka istnieje – w której poczułeś impuls do wyrządzenia sobie krzywdy w ostatnim okresie. Jeśli było ich kilka, pomyśl o najgorszej z nich. Co w tamtych okolicznościach pomogło ci być bezpiecznym – jakie działania, osoby, myśli?
- Co prawdopodobnie mogłoby ci pomóc w podobnych sytuacjach w najbliższej przyszłości? Jakie działania możesz podjąć, aby poradzić sobie z kryzysem samobójczym? Z kim możesz się skontaktować, aby uzyskać pomoc lub aby poczuć się mniej samotnie? W jaki sposób możesz ograniczyć sobie dostęp do niebezpiecznych metod, środków?

Plan ma być nie tylko dokładnie omówiony, ale również zapisany i – w miarę możliwości – wspólnie przećwiczony. W czasie trwania pracy należy go weryfikować (jeśli działania okażą się mało skuteczne) oraz aktualizować (kiedy nastolatek zyska nową umiejętność). Plan bezpieczeństwa daje czas na:

- zidentyfikowanie problemów, które odbierają chęć i siłę życia, i pomoc w ich rozwiązywaniu;
- pobudzenie fantazji, rozmyślań, planów na dalsze życie, aby odbudować poczucie nadziei i zmniejszyć wrażenie beznadziejności.

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE

Kryzysami psychicznymi, depresją i zachowaniami samobójczymi nie powinniśmy zajmować się jedynie w trybie interwencyjnym – tylko wtedy, kiedy zaobserwujemy ich oznaki. Nie możemy czekać bezczynnie, aż pojawią się problemy zdrowia psychicznego i realne zagrożenie. Warto zaplanować i systematycznie realizować działania profilaktyczne, które będą wspierać młode osoby w radzeniu sobie z trudnościami i obciążeniami dnia codziennego. Profilaktykę można rozumieć jako wzmacnianie działania czynników ochronnych w młodych osobach, ich rodzinach i środowisku szkolnym. Ważne zadania placówek edukacyjnych w tym obszarze to m.in.:

- dbałość o dobrostan i równowagę psychiczną wychowawców, nauczycieli i innych członków personelu;

- rozwijanie dobrych relacji pomiędzy nastolatkami oraz ich opiekunami w domu i poza domem;
- tworzenie poczucia więzi ze szkołą, angażowanie w życie szkoły i otoczenia społecznego;
- rozwijanie wiedzy i umiejętności personelu szkolnego nt. rozwoju dzieci i młodzieży oraz sposobów pracy z nimi;
- upowszechnianie i regularne przypominanie wiedzy, gdzie można znaleźć specjalistyczną pomoc ze strony dorosłych;
- zwiększanie dostępu do pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Aby działania profilaktyczne przynosiły pożądane efekty, powinny być prowadzone w sposób ciągły i wielostronny, przy zaangażowaniu jak największej liczby osób.

PRZYKŁADY POLSKICH KAMPANII NT. PROFILAKTYKI DEPRESJI I ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH:

- www.WyleczDepresje.pl
- www.SposobyNaDepresje.pl
- www.ForumPrzeciwDepresji.pl
- www.facebook.com/hashtag/MnieToDotyczy
- www.facebook.com/czarnefale
- www.ZycieWarteJestRozmowy.com
- www.TwarzeDepresji.pl
- www.Dlaczego.PPPtychy.pl/akcjaspoleczna

TELEFONY NIOSĄCE POMOC W SYTUACJI KRYZYSU PSYCHICZNEGO:

- **Bezpłatny Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży, tel. 116 111, www.116111.pl**
Bezpłatna i anonimowa pomoc telefoniczna dla dzieci i nastolatków w trudnych sytuacjach życiowych. Wykwalifikowani konsultanci świadczą pomoc codziennie przez całą dobę.
- **Ogólnopolska Poradnia Telefoniczna dla Osób Dorosłych w Kryzysie Emocjonalnym, tel. 116 123**
Bezpłatny telefon dla osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym, czynny codziennie od 14.00 do 22.00.
- **Wsparcie dla Nauczycieli i Rodziców, tel. 800 100 100**
Bezpłatny telefon dla rodziców i nauczycieli, którzy potrzebują wsparcia i informacji w zakresie pomocy dzieciom i nastolatkom przeżywającym kłopoty i trudności. Czynny od poniedziałku do piątku między 11.00 a 17.00.
- **Linia Dzieciom, tel. 800 080 222, www.liniadzieciom.pl**
Bezpłatna i całodobowa infolinia, zapewnia profesjonalną pomoc psychologiczną dla dzieci i młodzieży, rodziców oraz nauczycieli. W wybrane dni dyżurują prawnicy i pedagodzy.
- **Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka, tel. 800 12 12 12**
Bezpłatna pomoc psychologiczna i prawna dla dzieci i w sprawach dzieci. Telefon jest czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 8.15–20.00. Poza godzinami pracy konsultantów możliwe jest pozostawienie wiadomości, konsultanci oddzwonią na podany numer po rozpoczęciu dyżuru.
- **Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji, tel. 22 594 91 00**
Telefon skierowany do osób chorujących na depresję oraz ich bliskich. Czynny w każdą środę i czwartek w godzinach 17.00–19.00. Koszt połączenia jak na numer stacjonarny wg taryfy operatora telefonicznego.
- **Telefon Zaufania Grupy Ponton, tel. 22 635 93 92, www.ponton.org.pl**
Grupa Ponton to młodzi specjaliści, którzy pomogą w sprawach dojrzewania, seksualności oraz antykoncepcji. Połączenie jest płacone wg stawki operatora. Telefon jest czynny w piątki w godzinach 16.00–20.00.
- **Telefon Zaufania dla osób LGBT+, ich rodzin i bliskich, tel. 22 628 52 22**
Telefon prowadzony przez Stowarzyszenie Lambda Warszawa. Czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 18.00–21.00. Pomoc online dostępna pod adresem: poradnictwo@lambdawarszawa.org
- **Fundacja Trans-Fuzja, www.transfuzja.org**
Bezpłatna internetowa pomoc psychologiczna dla osób transpłciowych. Zgłoszenia przyjmowane są za pośrednictwem adresu e-mail: psycholog@transfuzja.org
- **Niebieska Linia, tel. 800 12 00 02, www.niebieskalinia.org**
Bezpłatne i anonimowe wsparcie dla ofiar, świadków przemocy w rodzinie. Telefon czynny jest od poniedziałku do soboty w godzinach 8.00–22.00 oraz w niedziele i święta w godzinach 8.00–16.00.

- **Policyjny Telefon Zaufania ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, tel. 800 120 226**
Bezpłatny telefon pomocowy, czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 9.30–15.30. Pod tym numerem telefonu można uzyskać wsparcie w sytuacji przemocy w rodzinie. Specjaliści obsługujący linię udzielają informacji na temat procedury „Niebieskiej Karty”, np. jakie inne podmioty poza policją mogą ją założyć.
- **Pomarańczowa Linia, tel. 801 14 00 68**
Telefon przeznaczony dla osób, które mają problem z alkoholem lub narkotykami, oraz ich bliskich. Czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 14.00–20.00.
- **Telefon Zaufania Narkotyki – Narkomania, tel. 801 199 990**
Telefon jest czynny codziennie w godzinach od 16.00 do 21.00 z wyjątkiem świąt.
- **Infolinia dla osób uzależnionych i ich rodzin, tel. 800 120 289**
Pomoc psychologiczna, prawna, pedagogiczna dla osób borykających się z problemem uzależnień oraz ich bliskich. Działa w dni powszednie w godzinach 9.00–17.00, połączenie jest bezpłatne.
- **Telefon Zaufania Uzależnienia behawioralne, tel. 801 889 880, www.uzaleznieniabehawioralne.pl**
Z telefonu mogą korzystać wszystkie osoby, które mają problem lub też zastanawiają się, czy mają problem z uzależnieniami behawioralnymi (od seksu, internetu, hazardu, zakupów, jedzenia). Z konsultantami mogą rozmawiać również osoby bliskie osobom uzależnionym – rodzina, przyjaciele, znajomi. Infolinia jest czynna codziennie w godzinach 17.00–22.00 z wyjątkiem świąt państwowych. Dzwoniąc, płaci się tylko za pierwszy impuls połączenia lub wg stawki operatora sieci komórkowej.
- **Tumbo Linia, tel. 800 111 123, www.tumbopomaga.pl**
Telefon przeznaczony dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych, którzy przeżywają śmierć kogoś bliskiego. Czynny od poniedziałku do piątku, w godzinach 12.00–18.00.
- **Bezpłatna Linia Wsparcia dla Osób po Stracie Bliskich, tel. 800 108 108, www.naglesami.org.pl**
Działa w dni powszednie w godzinach 14.00–20.00. Adresowany jest do wszystkich osób w żałobie, które potrzebują pomocy. Dzwoniący może anonimowo rozmawiać o swojej sytuacji, otrzymać wsparcie, zasięgnąć porady.
- **Telefon Zaufania dla Osób Dotkniętych Przemocą Seksualną w Kościele, tel. 800 280 900, www.zranieni.info**
Telefon wsparcia działa we wtorki w godzinach 19.00–22.00. Kontakt telefoniczny przeznaczony jest przede wszystkim dla osób, które same doświadczyły wykorzystywania seksualnego, oraz ich najbliższych. Inicjatywę tworzą świeccy katolicy, telefon świadczy pomoc osobom dorosłym.
- **Informacja o innych telefonach zaufania w Polsce: www.telefonzaufania.org.pl**

BIBLIOGRAFIA

Ambroziak, K., Kołakowski, A., Siwek, K. (2018) *Depresja nastolatków*. Gdańsk: GWP.

American Psychiatric Association (2007) *Ocena ryzyka i leczenie osób zagrożonych samobójstwem. Krótkie wytyczne postępowania*. „Suicydologia”, 3, 40-48.

Gmitrowicz, A., Makara-Studzińska, M., Młodożeniec, A. (2015) *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Komenda Główna Policji (2020) *Zamachy samobójcze zakończone zgonem*. Uzyskano w czerwcu 2020 r. z: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>

Miller, A., L., Rathus, J., H., Linehan, M., M. (2011) *Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi*. Przeł. M. Kapera. Kraków: WUJ.

Młodożeniec, A. (2008) *Ocena klinicznych czynników ryzyka samobójstwa*. Suicydologia, 4, 20-28.

Nock, M., K., Borges, G., Bromet, E., J., Cha, C., B., Kessler, R., C., Lee, S. (2008) *Suicide and Suicidal Behavior*. „Epidemiologic Review”, 30, 133-154.

Ringel, E. (1987) *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*. Przeł. E. Kaźmierczak. Warszawa: Glob.

Simon, R., I., Hales, R., E. (2012) *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Szymańska, J. (2016) *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników państwowej oświaty oraz rodziców*. Warszawa: ORE.

Święcicki, Ł. (2018, wrzesień) *Depresja i samobójstwo – fakty i mity*. Referat wygłoszony podczas Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom, Warszawa.

Wasserman, D. (2001) *Suicide – an Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.

World Health Organization (2019) *Suicide. Key Facts*. Uzyskano w czerwcu 2020 r. z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Warto przeczytać dodatkowo:

Ambroziak, K., Kołakowski, A., Siwek, K. (2018) *Nastolatek a depresja*. Gdańsk: GWP.

Baran, A., Gmitrowicz, A., Pawelec, R. (2018) *Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu samobójstwom. Poradnik dla osób wypowiadających się dla mediów*. Warszawa: MZ.

Greszta, E. (2006) *Depresja wieku dorastania*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS.

Grzelak, S. (red.). (2015) *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży. Przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych*. Warszawa: ORE.

Jerzak, M. (red.). (2016) *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*. Warszawa: PWN.

Jobes, D., A. (2019) *Terapia pacjenta z ryzykiem samobójczym. Metoda oparta na współpracy*. Przeł. M. Zagrodzki. Kraków: WUJ.

Johnstone, M. (2010) *Mój czarny pies depresja*. Warszawa: Wydawnictwo Media Rodzina.

Johnstone, A., Johnstone, M. (2010) *Życie pod psem, który wabi się depresja*. Warszawa: Wydawnictwo Media Rodzina.

Łuba, M. (2020) *Uczeń z zachowaniami samobójczymi*. Warszawa: Wydawnictwo Remedium.

Łuba, M. (2017) *Wsparcie ucznia z objawami depresji*. „Świat Problemów”, 288, 34-38.

Łuba, M. (2016) *Zapobieganie zachowaniom samobójczym dzieci i młodzieży*, „Świat Problemów” 279, 40-44.

Rembek, B., Antosik-Wójcicka, A., Baron, A. (2018) *Rekomendacje dotyczące postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia depresji u dzieci i młodzieży*. Warszawa: IPiN.

Szaulińska, K., Chmielewski, D. (2015) *Czarne Fale*. Warszawa: Fundacja III Kliniki Psychiatrii „Syntonia”.

Szwajca, K., Kasprzak, P., Serafin, M., Wojciechowski, T. (2019) *Rola pracowników oświaty w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu zachowaniom autodestruktywnym u młodzieży*. Mysłowice: Fundacja Wielogłosu.

Szymańska, J. (2014) *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*. Warszawa: Wydział Wychowania i Profilaktyki ORE.



**MŁODZI
W KRYZYSIE
ZWIĄZANYM
Z PRZEMOCĄ ORAZ
UZALEŻNIENIEM**

Michalina Kulczykowska, Patrycja Nalazek

Kryzys związany z przemocą fizyczną, psychiczną i seksualną w rodzinie lub w szkole

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA PRZEMOCY

Przemoc fizyczna – naruszanie nietykalności fizycznej
Przemoc fizyczna wobec dziecka/nastolatka to każda forma fizycznego przymusu lub przemocy ze strony innych osób, która prowadzi do urazu fizycznego lub psychicznego albo wiąże się z ryzykiem takiego urazu.

- nieprawidłowej socjalizacji dziecka;
- brak stymulacji rozwojowej;

jak i zaniechania działań na rzecz opieki i dbania o zabezpieczenie dziecka.

Przemoc psychiczna – naruszenie godności osobistej w rodzinie

Zdefiniowanie przemocy psychicznej nie jest łatwe, gdyż katalog form, jakie może przyjmować, jest praktycznie niewyczerpany. Uznaje się, że przemoc psychiczna to przewlekła, niefizyczna, szkodliwa interakcja pomiędzy dzieckiem a rodzicem/opiekunem prawnym, obejmująca zarówno działania:

- niedostępności emocjonalnej rodzica/ów lub opiekuna/ów;
- w relacji rodzic/opiekun–dziecko: wrogości, obwiniania, obrażania, odrzucenia;
- nadmiernych, nierealistycznych oczekiwań wobec dziecka, niezgodnych z możliwościami dziecka i jego zasobów;
- niedostrzegania lub unieważniania indywidualności dziecka i jego granic;
- izolowania dziecka;

Przemoc psychiczna rówieśnicza może być stosowana albo w formie werbalnej (przezywanie, szantażowanie, obrażanie, oszukiwanie, ośmieszanie), albo w formie relacyjnej (nieodzywanie się, izolowanie, obniżanie statutu w grupie, wykluczanie z aktywności grupy rówieśniczej itp.).

Przemoc seksualna/wykorzystywanie seksualne – naruszenie intymności to szeroki katalog zachowań seksualnych osoby dorosłej wobec dziecka/nastolatka.

Zachowania seksualne z **kontaktem fizycznym** to:

- penetracja – czyli sytuacje, gdy wagina, odbyt lub usta są penetrowane przy użyciu penisa, palca lub przedmiotów;
- kontakt bez penetracji – czyli dotykanie intymnych części ciała dziecka/nastolatka, całowanie o charakterze seksualnym, dotykanie przez dziecko/nastolatka intymnych części ciała sprawcy.

Zachowania seksualne **bez kontaktu fizycznego** to:

- ekshibicjonizm, czyli prezentowanie dziecku/nastolatki intymnych części ciała;
- włączanie dziecka/nastolatka w oglądanie lub produkcję materiałów pornograficznych;
- werbalne molestowanie dziecka/nastolatka;
- grooming, czyli uwodzenie dziecka/nastolatka w internecie w celu nawiązania kontaktów seksualnych.

Przemoc seksualna rówieśnicza to każde zachowanie o charakterze seksualnym, na które jedna z osób nie

wyraża zgody. Do jej najczęstszych form zalicza się: podglądanie, poklepywanie dziewcząt/chłopców po pośladkach, dotykanie piersi, zmuszanie do podjęcia aktywności seksualnej, komentarze o charakterze seksualnym, gwałt, zmuszanie do aktywności o charakterze seksualnym bez zgody drugiej osoby.

Zaniedbanie – naruszenie obowiązku do opieki ze strony osób bliskich to niezaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka oraz nierespektowanie jego podstawowych praw przez rodziców/opiekunów albo innych osób zobowiązanych do opieki, wychowania i ochrony dziecka.

CZYNNIKI RYZYKA KRZYWDZENIA DZIECI

Ważne jest, aby pracując z młodymi osobami, mieć świadomość, że są pewne sytuacje (czynniki), które mogą być sygnałem ostrzegawczym, że dziecko/nastolatek może być krzywdzone.

Poniżej wymienione zostały te **czynniki ryzyka krzywdzenia młodych osób w rodzinie**, które powinny zwrócić naszą szczególną uwagę.

Ważne jest ponadto, aby pamiętać, że wystąpienie jednego lub kilku czynników nie jest jednoznaczne z tym, że dziecko/nastolatek jest ofiarą przemocy. Jeśli jednak liczba czynników się zwiększa, a zachowanie młodego człowieka nas niepokoi, należy podjąć wnikliwą obserwację dziecka i rodziny.

Często udzielenie wsparcia psychologicznego czy materialnego rodzinie lub samemu dziecku/nastolatki pozwala zminimalizować prawdopodobieństwo, że będzie krzywdzone w środowisku zarówno rodzinnym, jak i rówieśniczym.

Czynniki ryzyka związane z dzieckiem/nastolatkiem:

- nadmierna pobudliwość;
- przewlekłe choroby;

- choroby psychiczne;
- specyficzne trudności rozwojowe;
- niepełnosprawność fizyczna/ intelektualna.

Czynniki ryzyka związane z rodziną:

- nieobecność fizyczna/psychiczna jednego z rodziców/opiekunów;
- samotne rodzicielstwo;
- doświadczenie przez rodzica/opiekuna przemocy w dzieciństwie w rodzinie generacyjnej;
- autorytarny styl wychowawczy;
- obecność niespokrewnionych osób dorosłych w rodzinie;
- izolacja rodziny;
- kondycja psychiczna rodziców/opiekunów;
- konflikty/kryzysy.

Czynniki ryzyka związane ze środowiskiem społecznym:

- izolacja społeczna rodziny;
- przemoc i patologie w otoczeniu dziecka/nastolatka i rodziny (brak reakcji na przemoc);
- ubóstwo;
- brak dostępu do pomocy.

Czynniki ryzyka krzywdzenia dziecka, czyli na co zwracać uwagę

Wydobyła się trzy grupy czynników ryzyka, które mogą wskazywać na zagrożenie pojawienia się przemocy:

1. Czynniki związane z dzieckiem

Choć dziecko nigdy nie jest winne doznawanej krzywdy, uznaje się, że niektóre jego cechy, związane np. ze stanem zdrowia, poziomem rozwoju, funkcjonowaniem czy pozycją w rodzinie, mogą bardziej narażać je na doświadczanie przemocy.

Początek życia dziecka, okoliczności jego narodzin, takie jak: przedwczesny poród, poród bez pomocy medycznej, niska waga urodzeniowa, narodziny z ciążą mnogą oraz krótka przerwa pomiędzy kolejnymi porodami, mogą być czynnikami ryzyka krzywdzenia. Wszystkie te sytuacje stanowią ogromne obciążenie psychiczne i fizyczne dla rodziców.

nadmierna płaczliwość dziecka z kolei budzi bezradność, poczucie winy rodzica; stany te mogą zamienić się w złość, bezsilność, a w konsekwencji wywołać agresję wobec dziecka czy jego odrzucenie.

Czynnikami ryzyka krzywdzenia może być także określony wiek dziecka. W rozwoju dziecka występują tzw. okresy krytyczne, w których jest większe prawdopodobieństwo pojawienia się pewnych rodzajów krzywdzenia. Najmłodsze dzieci (do 3 r.ż.) są bardziej zależne od opiekunów i spędzają z nimi więcej czasu. Dzieci w tym wieku mają mniejszą zdolność dostosowania się do oczekiwań rodziców, a także słabiej panują nad emocjami. To sprawia, że ryzyko doznawania przez nie przemocy fizycznej i psychicznej jest większe. Badania wskazują także, że w okresie od osiągnięcia 8 r.ż. przez cały czas dojrzewania dziecko jest bardziej narażone na ryzyko wykorzystywania seksualnego.

Okolicznością zwiększającą prawdopodobieństwo krzywdzenia jest niepełnosprawność intelektualna dziecka, mocno powiązana z ryzykiem wystąpienia przemocy oraz wykorzystania seksualnego. Również przewlekłe choroby somatyczne oraz niepełnosprawność ruchowa skutkują dużą, a także trwałą zmianą życia całej rodziny. Bez odpowiedniego wsparcia taka rodzina jest istotnie narażona na wystąpienie krzywdzenia, mogącego przybrać formę jawnego odrzucenia dziecka, biernego zaniedbywania lub czynnych form przemocy, związanych z rozładowywaniem frustracji. W sytuacji niepełnosprawności lub choroby dziecka

może dojść również do przemocy psychicznej, która niekiedy wynika ze stawiania dziecka wymagań, jakim nie jest ono w stanie sprostać.

Kolejnym czynnikiem ryzyka są choroby psychiczne dziecka. Wystąpienie u dziecka zaburzeń psychicznych wiąże się z wysokim poziomem stresu i lęku w rodzinie. Łatwo wtedy o eskalację trudnych zachowań pozostałych domowników, np. agresji i przemocy – zarówno fizycznej, jak i słownej.

2. Czynniki rodzinne, czyli Cechy charakteryzujące funkcjonowanie rodziny oraz cechy poszczególnych jej członków

Ryzyko wystąpienia krzywdzenia dziecka wiąże się z jego opuszczeniem przez jedno lub oboje rodziców, nieobecność rodziców – fizyczna bądź psychiczna – jest czynnikiem ryzyka krzywdzenia dziecka, bez względu na ich wiek. Czynnikiem jest także prawdopodobieństwo zaniedbania fizycznego i emocjonalnego. Konsekwencją tego jest szukanie przez dziecko bliskości i akceptacji u osób obcych, które także mogą być potencjalnymi sprawcami krzywdzenia.

Prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy wobec dziecka związane jest także z tzw. autorytarnym stylem rodzicielstwa, który wynika m.in. z historii życia rodzica, cech jego osobowości oraz kondycji psychicznej. Doświadczenie przez rodzica przemocy w dzieciństwie lub bycie jej świadkiem oraz brak odczuwania bliskości z własnymi rodzicami znacząco zwiększają prawdopodobieństwo powtórzenia podobnych zachowań wobec dzieci i wejście w rolę sprawcy.

uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne rodzica są przyczyną większego ryzyka doświadczenia przez dziecko przemocy. Agresji w rodzinie sprzyjają też konflikty i kryzysy.

Do czynników ryzyka krzywdzenia zaliczane jest także samotne rodzicielstwo, będące dla wielu osób sporym wyzwaniem. Ograniczona ilość czasu, który rodzic może poświęcić dziecku, jest przyczyną trudności w budowaniu bliskiej relacji z dzieckiem. Dodatkowo, niestabilna sytuacja rodzinna: brak wsparcia, obecność niespokrewnionych z dzieckiem osób, mogą powodować ryzyko wystąpienia odrzucenia i agresji lub nieprawidłowych relacji.

Istotnym czynnikiem ryzyka jest obecność dziecka w nieprzygotowanej wychowawczo i merytorycznie rodzinie zastępczej czy adopcyjnej. Rodzice przyjmujący dzieci pod swoją opiekę bywają niegotowi do tego, aby radzić sobie z bardzo trudnymi emocjami skrzywdzonego wcześniej dziecka. Odrzucenie,

skrajna przemoc, których dziecko mogło doświadczyć, wpływają na jego zachowanie oraz funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Porzucone dzieci postrzegają siebie jako niegodne miłości, mało ważne i zasługujące na karę. Swoim zachowaniem często prowokują do odrzucenia czy ukarania, by utwierdzić się w przekonaniach. Kary reaktywują wcześniejsze traumy dziecka i dezorganizują jego zachowanie, względem którego rodzice są bezradni.

3. Czynniki ryzyka krzywdzenia dziecka związane ze środowiskiem społecznym

Do tej grupy zalicza się głównie izolację społeczną, rozumianą jako ubogie kontakty rodziców z innymi osobami lub grupami oraz zamknięcie na relacje pozarodzinne. Sytuacja taka może sprzyjać rozwojowi przemocy, a także większej kontroli sprawcy nad swoimi ofiarami oraz ograniczać szanse na jej ujawnienie i udzielenie pomocy.

Ryzyko wystąpienia krzywdzenia dzieci noszą też: ograniczenie możliwości zaspokajania potrzeb materialnych i zdrowotnych, złe warunki mieszkaniowe czy skrajne ubóstwo. Talem sytuacją często towarzyszy stres rodziców, który może zaprzężyć przemoc wobec siebie i dziecku. Czynnikiem ryzyka krzywdzenia dziecka są także przemoc i patologia społeczna występujące w najbliższym środowisku zamieszkania.

Zwracają uwagę na występujące w rodzinie czynniki ryzyka krzywdzenia dziecka!

Wystąpienie jednego lub nielicznych czynników ryzyka nie jest jednoznacznym sygnałem, że w rodzinie dochodzi do krzywdzenia dziecka. Jeżeli jednak liczba czynników zwiększa się lub jeden z nich nasili się, należy podjąć wnikliwą obserwację dziecka i rodziny. W wielu przypadkach udzielenie rodzinie wsparcia psychologicznego lub materialnego, po rozpoznaniu czynników ryzyka, pozwala ograniczyć prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy wobec dzieci.



Grafika: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

CZYNNIKI RYZYKA ZWIĄZANE Z PRZEMOCĄ RÓWIEŚNICZĄ

Za: Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, Vol. 15 Nr 1, FDDS 2016

Pewne cechy i zachowania dziecka mogą szczególnie sprzyjać doświadczaniu przemocy, stanowiąc tzw. indywidualne czynniki ryzyka.

Do najczęściej wymienianych czynników ryzyka związanych z cechami i zachowaniem dziecka (Olweus, 1993; O'Moore, Kirkham, 2001; Rigby, 2002; Roland, 1999; Smith, Sharp, 1994) należą m.in.:

- wrażliwość;
- nieśmiałość, niepewność i ostrożność w kontaktach z innymi;
- słabe relacje z rówieśnikami, nieumiejętność nawiązywania przyjaźni;
- lęk;
- bierność, uległość, a szczególnie – brak umiejętności bronięcia się w sytuacjach przemocy;
- płaczliwość;
- niska samoocena;
- słabość lub niska sprawność fizyczna (jeśli chodzi o chłopców).

Badacze wyodrębnili dwa typy ofiar przemocy – pasywne i prowokujące.

Zestaw powyższych cech charakteryzuje w głównej mierze tzw. **ofiary pasywne**, których dominującym rysem w przypadku chłopców jest połączenie bierności, lęku i słabości fizycznej (Olweus, 1993). Rigby (2011) charakteryzuje ofiary pasywne jako bardziej introwertyczne, ciche, lękliwe i nieszczęśliwe.

Innym typem są **ofiary prowokujące**. Osoby te często mają problemy z koncentracją, są niespokojne i nadaktywne, zachowują się agresywnie, wytwarzają wokół siebie atmosferę irytacji i napięcia, mają zmienne humory, przeszkadzają innym i zwykle nie mają kolegów (Olweus, 1993; Rigby, 2002, 2011). Zachowanie tych uczniów może być odbierane przez większość klasy (czy otoczenie) jako prowokujące i może powodować negatywne reakcje ze strony innych.

Autorki polskiego raportu *Przemoc w szkole* (Giza-Poleszczuk, Komendant-Brodowska, Baczko-Dombi, 2011) podkreślają, że na dręczenie szkolne szczególnie

narażeni są ci uczniowie, którzy czują się osamotnieni, mają niewielu przyjaciół, są przekonani, że w rzadko mogą liczyć na pomoc innych. Można jednak spojrzeć na ten wynik z drugiej strony – jak **na skutek doświadczania przemocy**.

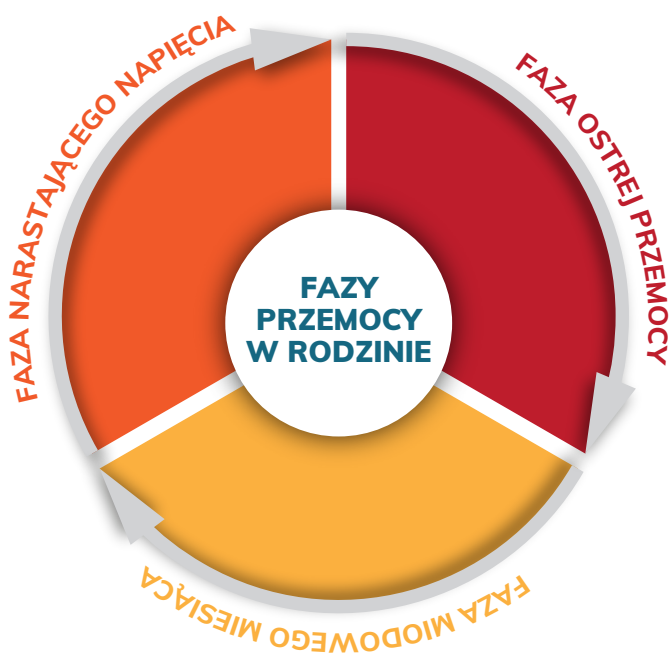
Część badaczy próbowała szukać przyczyn doświadczania przemocy przez dzieci w szerszym kontekście, analizując **wpływ rodziny i wychowania**.

Byrne (1993, 1997) dowiódł, że pierwotne dzieci są częściej narażone na dręczenie i wyśmiewanie przez rówieśników z powodu nadopiekuńczości rodziców. Podobną tezę wysunął Olweus (1978) w stosunku do dręczonych chłopców, którzy według niego mogą mieć bliższe i lepsze od przeciętnych stosunki z rodzicami. Wyniki późniejszych badań (Rican, 1995; Roland, 1999) **nie pozwalają jednak jednoznacznie rozstrzygnąć, czy ta nadmierna ochrona rodziców jest przyczyną bullyingu, czy raczej konsekwencją reakcji dorosłych na cierpienie dziecka**.

Polskie badania wskazują na zupełnie inną tendencję. Zarówno według Giza-Poleszczuk, Komendant-Brodowskiej i Baczek-Dombi (2011), jak i Przewłockiej (2015) częściej **ofiarami agresji rówieśniczej są ci uczniowie, którym brakuje wsparcia rodziców**.

Badaczki są zgodne co do korelacji między doświadczaniem przemocy a sytuacją materialną ucznia. Uczniowie deklarujący, że sytuacja finansowa ich rodziny jest gorsza od przeciętnej w klasie, wyraźnie częściej doświadczają różnych form agresji, znacznie częściej też są ofiarami dręczenia szkolnego. Giza-Poleszczuk, Komendant-Brodowska i Baczek-Dombi (2011) podkreślają, że zasadniczo ubożsi uczniowie są bardziej narażeni na dręczenie niż uczniowie o przeciętnej sytuacji finansowej. Wśród uczniów z rodzin najbiedniejszych niemal co piąty jest ofiarą dręczenia. Obecnie jako grupę szczególnego ryzyka wymienia się **dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE)**.

PRZEMOC W RODZINIE I JEJ MECHANIZMY



FAZA NARASTAJĄCEGO NAPIĘCIA

- wzrost napięcia i sytuacji konfliktowych
- błahe i drobne nieporozumienia stają się przyczyną awantur i kłótni
- osoba stosująca przemoc coraz częściej miewa napady złości i irytacji

FAZA OSTREJ PRZEMOCY

- wybuch gniewu i agresji
- sprawca przyjmuje rolę kata
- osoba stosująca przemoc traci kontrolę nad swoim zachowaniem, w tej fazie osoby doznające przemocy najczęściej decydują się wezwać pomoc, złożyć skargę

FAZA MIODOWEGO MIESIĄCA

- faza skrucy i okazywania miłości przez osobę stosującą przemoc
- podejmowane są próby przeproszenia
- składane są obietnice zmiany zachowania
- sprawca staje się „wzorowym” partnerem
- osoba doznająca przemocy często wierzy w zapewnienia agresora i wycofuje wcześniejsze zeznania

FAZY PRZEMOCY W RODZINIE – OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA

● FAZA NARASTAJĄCEGO NAPIĘCIA

Charakteryzuje ją pojawienie się coraz **większej liczby sytuacji konfliktowych oraz wyczuwalny w całym systemie wzrost napięcia**. Często kontakty między członkami rodziny stają się bardziej drażliwe, nawet najmniejsze zdarzenie może wywołać reakcję sprawcy przemocy. Sprawca jest w ciągłym napięciu, poirytowany. Często dla ofiary jest to najtrudniejszy czas w całym cyklu przemocy – narastający lęk i obawa, że przemoc nadejdzie.

● FAZA OSTREJ PRZEMOCY

W tej fazie napięcie, które narasta w sprawcy przemocy, znajduje ujście. Zachowania sprawcy stają się gwałtowne. Dochodzi do eskalacji zachowań agresywnych werbalnych i niewerbalnych.

● FAZA MIESIĄCA MIODOWEGO

Charakteryzuje się **wyciszeniem zachowań przemocowych**. Sprawca wyładował swoje emocje. Często możemy w tej fazie zaobserwować przepraszanie ofiary, obietnice poprawy i zmianę zachowania, deklarację.

MECHANIZMY PRZEMOCY

● ZJAWISKO „PRANIA MÓZGU”

Jest jednym z **najsilniej działających mechanizmów przemocy psychicznej**, stanowi jej istotę.

Pranie mózgu jest próbą systematycznego wpływania na czyjeś poglądy, postawy i przekonania. Jest to szereg zabiegów stosowanych w celu zmiany przekonań, uczuć, potrzeb, postaw, po to, aby osoba manipulowana działała zgodnie z oczekiwaniami osoby manipulującej. Najczęściej używanymi metodami prania mózgu są: izolacja, poniżanie i degradacja, monopolizacja uwagi, groźby i demonstracja wszechmocy oraz sporadyczne okazywanie pobłażliwości.

● WYUCZONA BEZRADNOŚĆ

Syndrom wyuczonej bezradności przyczynia się do uwięzienia osoby w związku krzywdzącym, działa jako silny czynnik zniewalający. Efekt wyuczonej bezradności jest tym bardziej trwały im:

- młodsza jest osoba doznająca przemocy;
- dłużej pozostaje w sytuacji, na której zmianę nie ma wpływu, mimo że stara się ją jakoś kontrolować;

- osoba doznająca przemocy częściej ma poczucie braku wpływu na daną sytuację niż posiadania go;
- ma coraz mniej wiary i nadziei, że ona sama jak również osoby ją otaczające mają wpływ na zmianę jej sytuacji.

● PROCES WIKTYMIZACJI

U osoby doznającej krzywdzenia stopniowo może pojawiać się uczucie bezradności. W takich momentach mogą rozwinąć się u takiej osoby objawy PTSD, istnieje też możliwość rozwinięcia się procesu wiktymizacji (wchodzenie w rolę ofiary).

Możemy wyróżnić **trzy etapy** takiego procesu:

1 etap: dochodzi do zmiany utrwalonych zachowań, ofiara traci poczucie bezpieczeństwa i uporządkowania życia, może tracić zaufanie do otoczenia i do swoich przekonań o otaczającym ją świecie. Pojawia się wiele sprzecznych emocji, ofiara często stara się przerwać, w znany dla siebie sposób, przemoc. W zależności od tego, z jaką reakcją ofiara się spotka, wiktymizacja może się pogłębić lub nie. Jeśli w takim momencie osoba

doświadczająca przemocy usłyszy komunikaty wspierające, że to, czego doświadcza, jest przemocą – proces może się zakończyć.

2 etap: spowodowany nieadekwatnymi reakcjami otoczenia na przemoc, próby szukania pomocy kończą się niezrozumieniem, brakiem wsparcia i odmową pomocy. Ofiara traci wiarę w to, że ktoś jest w stanie jej pomóc, często zdarza się, że ofiara słyszy o sobie negatywne komentarze i docierają do niej informacje „gdyby chciała, odeszłaby” itp. Ważną rolę w tej sytuacji odgrywają również przekonania otoczenia dotyczące przemocy.

3 etap: przyjęcie „tożsamości ofiary”. Reakcje otoczenia, brak pomocy i powtarzające się akty przemocy mogą sprawiać, że osoba traci umiejętność obrony siebie i poddaje się, żyje w systemie, w którym jest ofiarą przemocy i przestaje się bronić. Wzmacnia się jej przekonanie, że bycie ofiarą przemocy jest nieuniknioną i stałą częścią życia. Następuje utrata nadziei.

● PTSD – ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO

Powstaniu tego zaburzenia sprzyjają sytuacje zewnętrzne, w których człowiek narażony jest na utratę życia czy zdrowia, gdy obserwuje zranienie, zagrożenie życia, nagłą śmierć bliskich osób. Źródłem takich sytuacji mogą być klęski żywiołowe, np. powódź, trzęsienie ziemi, huragan, pożar, a także wojny, obozy koncentracyjne, wypadki drogowe, przestępstwa kryminalne, przemoc w rodzinie, nadużycia seksualne, gwałt. Dziecko doświadczające przemocy jest w ciągłym napięciu, czujności, nie tylko w trakcie samych aktów przemocy, ale w oczekiwaniu na nie. Efektem tego bywają zaburzenia lękowe, problemy w koncentracji, problemy ze snem, apetytem, bóle somatyczne.

CO POWINNA USŁYSZEĆ OFIARA PRZEMOCY W ZALEŻNOŚCI OD FAZY PRZEMOCY?

FAZA NARASTAJĄCEGO NAPIĘCIA:

- odzwierciedlenia
- psychoedukacja
- plan bezpieczeństwa

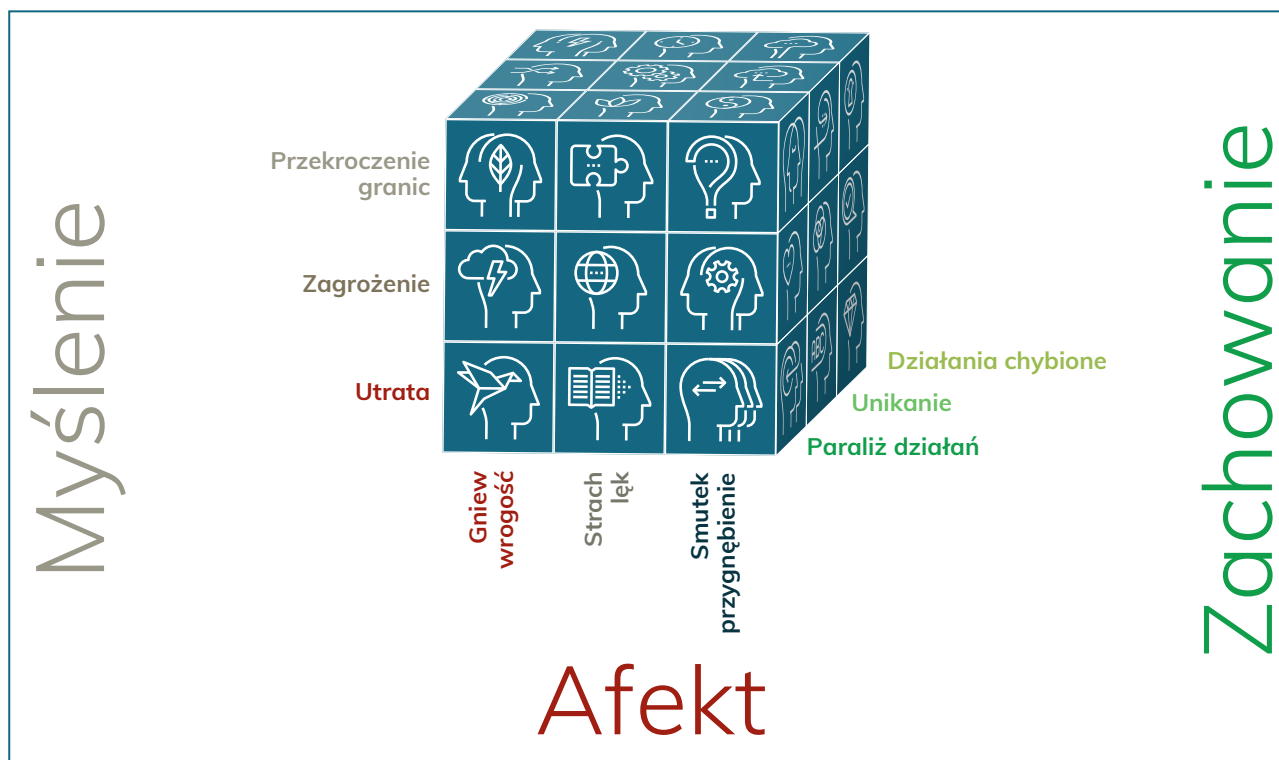
FAZA OSTREJ PRZEMOCY:

- zadbanie o bezpieczeństwo
- prawdopodobnie konieczność izolacji od sprawcy
- interwencja?!

FAZA MIESIĄCA MIODOWEGO:

- psychoedukacja
- dialog sokratejski
- konfrontacja z rzeczywistością

Długotrwałe podleganie presji agresorów może prowadzić do wystąpienia u ofiary przemocy zaburzeń somatycznych, często poważnych schorzeń, ale przede wszystkim pozostawia trwałe uraz psychiczny. Długofalowe skutki bycia ofiarą przemocy to obniżona samoocena, zaniżone poczucie własnej wartości i problemy społeczne: trudności w nawiązywaniu kontaktów, skłonność do izolacji, częste myśli samobójcze.



Grafika: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

PRZEMOC W INTERNECIE

Seksting – czyli materiały o charakterze erotycznym, wysyłane za pomocą internetu, komunikatorów, telefonów, np. nagie/półnagie zdjęcia i filmy.

Z badań Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę przeprowadzonych w 2014 roku wynika, że co 9 nastolatek wysyła swoje nagie zdjęcia i często zdarza się tak, że traci nad nimi kontrolę.

- Młodzi czują silną presję rówieśniczą, żeby je wysyłać, a jednocześnie lęk, co dalej stanie się z tymi zdjęciami po wystaniu.
- Po publikacji mogą pojawić się akty agresji (które podążają za młodymi nawet mimo zmiany szkoły, przeprowadzki), lęk, czy nie zostaną upublicznione (żyją z lękiem, decydują o dalszej relacji przez pryzmat tego, że boją się rozstać, bo ich zdjęcie mogłoby zostać użyte przeciwko nim – przykład z Poradni „Dziecko w Sieci” FDDS).
- To, że młodzi decydują się wysyłać zdjęcia, jest związane z kulturą, w której się wychowują,

i wzorcami, które ich otaczają, a które przyjmują jako te obowiązujące (pornografia, teledyski, Instagram, influencerzy, program tv – promujące m.in. wygląd i sposób zachowania, uzależnianie wartości człowieka od pokazywania swojej seksualności, dostępności seksualnej itp.)

- Wzorce na tyle silne, że wywołują poczucie przymusu – żeby być fajnym, muszą się tak zachowywać, wpisywać w ten standard, mieć luźne podejście do seksu, żartować z niego, godzić się na różne rzeczy, bo takie są oczekiwania społeczeństwa.
- Młodzi przyznają, że nie widzą w tym nic złego/dziwnego, są tym otoczeni, jest to dla nich standard/norma.

Grooming – uwodzenie online. Relacja tworzona w internecie między osobą dorosłą a dzieckiem w celu uwiedzenia i wykorzystania seksualnego dziecka/nastolatka.

Wykorzystanie może mieć formę:

- domagania się zdjęć/filmów o charakterze erotycznym;
- i/lub dążenia do spotkania z dzieckiem/nastolatkiem.

Polskie prawo zabrania: utrwalania, rozpowszechniania, prezentowania, przechowywania lub posiadania treści pornograficznych z udziałem dziecka/nastolatka poniżej 18. r.ż. Nieletni pomiędzy 13. a 17. r.ż., którzy dopuścili się tych czynów, odpowiadają przed sądem rodzinnym i nieletnich. Osoby po ukończeniu 17. r.ż. odpowiadają przed sądem karnym.

Art. 200a KK (obowiązuje od 8.06.2010):

§1. Kto w celu popełnienia przestępstwa określonego w art. 197 § 3 pkt 2 lub art. 200, jak również produkowania lub utrwalania treści pornograficznych, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub

sieci telekomunikacyjnej nawiązuje kontakt z małoletnim poniżej lat 15, zmierzając, za pomocą wprowadzenia go w błąd, wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania sytuacji albo przy użyciu groźby bezprawnej, do spotkania z nim, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Kto za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej małoletniemu poniżej lat 15 składa propozycję obcowania płciowego, poddania się lub wykonania innej czynności seksualnej lub udziału w produkowaniu lub utrwalaniu treści pornograficznych, i zmierza do jej realizacji, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Informacje dotyczące interwencji w przypadku przemocy rówieśniczej dostępne są w innych materiałach i szkoleniach Fundacji:

www.edukacja.fdds.pl.

Pomoc dziecku/nastolatкови doświadczającemu przemocy rówieśniczej z perspektywy instytucji

Głównym celem pomocy placówki/instytucji jest przerwanie łańcucha przemocy i wypracowanie uwspólnionego działania ukierunkowanego na zabezpieczenie dziecka/nastolatka.

Kiedy zachodzi podejrzenie lub mamy już pewność, że do przemocy dochodzi, ważne jest:

- przeprowadzenie rzetelnej diagnozy, zebrania informacji z różnych źródeł na temat tego, co dzieje się z dzieckiem/nastolatkiem i jak wygląda sytuacja z różnych perspektyw (dziecka/nastolatka, rodzica niekrzywdzącego, kolegów/koleżanek z klasy i innych źródeł, jeśli do takich mamy dostęp);
- przeprowadzenie rozmowy ze skrzywdzonym dzieckiem/nastolatkiem;
- wybór odpowiedniej formy interwencji;
- wspieranie pokrzywdzonego dziecka/nastolatka (monitorowanie sytuacji, wypracowanie wspólnie z dzieckiem/nastolatkiem strategii pomocnych w radzeniu sobie w kryzysowych sytuacjach);
- wypracowanie z dzieckiem/nastolatkiem asertywnych sposobów radzenia sobie w sytuacjach, kiedy ktoś wobec niego zachowa się agresywnie werbalnie/niewerbalnie;
- próba zmiany zachowań prowokujących – jeśli takie miały miejsce;
- ustalenie zasad bezpieczeństwa – jeśli istnieje podejrzenie, że dziecko/nastolatek może zostać skrzywdzone pomimo naszej interwencji;
- psychoedukacja dotycząca relacji w grupie i ich mechanizmów;
- szukanie zasobów w środowisku szkolnym i rodzinnym, współpraca z rodzicami/opiekunami;
- jasne informowanie o planowych działaniach;
- wprowadzenie zajęć psychoedukacyjnych dla całej grupy, w której wystąpił problem przemocy rówieśniczej.

Współpraca z rodzicem/opiekunem dziecka skrzywdzonego/poszkodowanego

Ważnym etapem pracy z dzieckiem poszkodowanym jest współpraca z rodzicem. To rodzic jest osobą, która może wesprzeć nasze działania i wspólnie z dzieckiem pracować nad poprawą sytuacji i położenia. W trakcie pracy z rodzicem ważne jest:

- wyjaśnienie powodu rozmowy i jasne przedstawienie sytuacji i stanowiska;
- w sytuacji nasilonej przemocy wobec dziecka (jeśli zdarzenie się kwalifikuje) – poinformowanie rodzica o możliwości zgłoszenia sytuacji na policję lub do innych organów, tj. sądu rodzinnego;
- przedstawienie planu działania i interwencji w tej sprawie;
- wyjaśnienie roli rodzica we współpracy i wskazanie obszarów, w których może pracować wspólnie z dzieckiem;

- wspólne ustalenie z rodzicem, co jeszcze może być pomocne dziecku w danej sytuacji;
- ustalenie częstotliwości dalszych spotkań i sposobów na monitorowanie sytuacji;
- przekierowanie – jeżeli to konieczne – rodzica i dziecka do innej instytucji pomocowej/innych instytucji, w celu terapii, wzmacniania kompetencji czy innych form wsparcia, które wydają się potrzebne po przeprowadzonym rozpoznaniu sytuacji.

Więcej informacji o systemowych rozwiązaniach w ramach Standardów Ochrony Dzieci przed Krzywdzeniem oraz Polityce ochrony dzieci w placówce dostępnych jest na stronie www.chronimydzieci.pl oraz materiałach i szkoleniach dostępnych na www.edukacja.fdds.pl.

ROZPOZNANIE WYKORZYSTANIA SEKSUALNEGO DZIECKA/NASTOLATKA

Samo rozpoznanie faktu nadużycia czy wykorzystania seksualnego jest trudne, co wynika z tego, że wiedzę o takim wydarzeniu najczęściej ma dziecko/nastolatek i sprawca przemocy.

Ważne jest, aby w pracy z dziećmi/nastolatkami mieć wiedzę i orientację dotyczącą objawów, aby nie zignorować niepokojących sygnałów. Tak jak z czynnikami ryzyka, takie sygnały nie są pewną

przesłanką do tego, że doszło czy dochodzi do nadużycia seksualnego dziecka/nastolatka.

Wiele sygnałów może wynikać z różnych trudnych momentów i wydarzeń życiowych dziecka/nastolatka. Ważne jest, aby w sytuacji zauważenia niepokojących sygnałów rozeznaczyć się w sytuacji dziecka/nastolatka i sprawdzić, z jakiego powodu doszło do jego zmiany zachowania, nastroju.

Objawy w zachowaniu dziecka/nastolatka, które mogą wskazywać na to, że jest ono ofiarą nadużycia lub wykorzystania seksualnego:

- wczesna, nieadekwatna do wieku rozwojowego masturbacja;
- prace plastyczne nacechowane treściami seksualnymi;
- podejmowanie wczesnej i nasilonej aktywności seksualnej przez dziecko;
- przejawianie nietypowych zachowań seksualnych;
- wycofanie z życia społecznego;
- unikanie jednego z członków rodziny/społeczności;
- nasilające się trudności w sferze emocjonalnej, pojawiające się myśli samobójcze, samookaleczenia, zaburzenia odżywiania, uzależnienia, poczucie winy, obniżenie samooceny, negatywny stosunek do własnego ciała;

- objawy nerwicowe – nadmierne skupienie się na swoim bezpieczeństwie, zaburzenia snu;
- problemy szkolne – trudności z koncentracją, nagłe obniżenie wyników w nauce, unikanie lekcji wychowania fizycznego, problemy w relacjach rówieśniczych;
- prostytutka;
- zgłaszane przez dziecko bóle w okolicach miejsc intymnych;
- ciąża u dziewcząt;
- nietypowe zachowania, obserwowane w czasie.

Rozmowa z dzieckiem w kontekście podejrzenia wykorzystania seksualnego

Proces ujawnienia może być długotrwały – często młode osoby, zanim otworzą się i powiedzą o tym, co jest teraz dla nich najtrudniejsze, badają osobę, z którą rozmawiają. Sprawdzają, czy ta osoba im uwierzy,

czy potraktuje na poważnie to, co oni mówią. Młoda osoba decyduje się na ujawnienie trudnej, obarczonej poczuciem winy i lękiem historii.

Przy planowaniu i prowadzeniu rozmowy z dzieckiem szczególnie istotne jest:

- Zadbanie i **przygotowanie przestrzeni** do rozmowy, tak aby dziecko/nastolatek czuło się bezpiecznie. Ważne jest, aby nikt nie przeszkadzał w tej rozmowie i abyśmy mogli skupić się tu i teraz na rozmówcy. W przypadku rozmowy z młodszym dzieckiem warto przygotować materiały pomocnicze - kredki, flamastry, kartki.
- **Przygotowanie do rozmowy z dzieckiem/nastolatkiem** – zarówno wykorzystywanego/nadużytego seksualnie czy doświadczającego przemocy fizycznej, czy psychicznej – **oraz zapewnienie dziecka/nastolatka:**
 - że jeśli nie powiedziało tego wcześniej, a skala przemocy się zwiększyła – nie jest to jego winą;
 - że nie jest samo w takiej sytuacji;
 - że nie jest winne temu, co je spotkało;
 - że bardzo dobrze, że zgłosiło się po wsparcie i pomoc;
 - że dorosły, który go słucha, będzie próbował zadbać o jego bezpieczeństwo;
 - **ale! nie obiecuj dziecku/nastolatкови, że nikomu nie powiesz o waszej rozmowie, ale że postąpisz tak, aby zagwarantować mu bezpieczeństwo. Unikaj zapewnień i obietnic.**
- **Dostosowanie języka** do rozmówcy – upewnij się, czy dziecko/nastolatek dobrze cię zrozumiał.
- Pamiętaj, że celem rozmowy z dzieckiem/nastolatkiem doświadczającym przemocy nie jest tylko zebranie informacji dotyczących przestępstwa, **ale okazanie mu wsparcia.**
- **Niepospieszanie** – spróbuj dostosować się do jego tempa relacjonowania. Dzieci/nastolatki doświadczający przemocy często mają trudność w opowiadaniu o tym, co je spotkało.
- **Okazanie zainteresowania i empatii** – bądź uważny, spróbuj nie zadawać pytań jak „detektyw”, parafrazuj, zachęcaj dziecko/nastolatka do mówienia, ale też akceptuj jego opory i ograniczenia. Pamiętaj, że w trakcie takiej rozmowy nie jest twoim zadaniem bycie śledczym – nie musisz ustalać niepodważalnych faktów. **Ważne jest, aby umożliwić dziecku/nastolatкови opowiedzenie tego, na co jest gotowe.**
- Okazanie dziecku/nastolatкови, **że jest dla ciebie ważne i że nie boisz się tego, co teraz ci relacjonuje.**
- **Zadawanie pytań otwartych.**
- **Odzwierciedlanie emocji i uważnianie** tego, co dla dziecka/nastolatka jest trudne.
- **Uwspólnianie rozumienia znaczeń** – pytaj dziecko/nastolatka, jak rozumie wypowiediane przez nie słowa, jeśli używa określeń miejsc

intymnych, upewnij się, że rozumiecie to tak samo. W szczególności dziecko może znać tylko nazewnictwo wulgarne albo nazewnictwo, którego używał sprawca. Możesz powiedzieć mu, że wiesz o tym, że różne osoby różnie nazywają części ciała i z tego powodu o to pytasz. Pomocny może być też rysunek przedstawiający sylwetkę człowieka.

- **Danie prawa i przestrzeni** dziecku/nastolatkowi do nierozumienia i wątpliwości.
- Powiedzenie dziecku/nastolatkowi, **co dalej będzie się działo** – z kim będziesz rozmawiać i z jakiego powodu podejmujesz takie, a nie inne działania.

Więcej informacji dotyczących problematyki wykorzystywania dostępnych jest na platformie edukacyjnej dla profesjonalistów: www.edukacja.fdds.pl

Ponadto w Centrum Pomocy Dzieciom FDDS przy ul. Przybyszewskiego 20/24 pod numerem telefonu 22 826 88 62 można umówić się na superwizję z profesjonalistą w celu omówienia wątpliwości przed rozmową lub po rozmowie z dzieckiem/nastolatkiem wykorzystywanym seksualnie, doświadczającym przemocy.

Więcej informacji o dostępnej ofercie wsparcia Fundacji i innych współpracujących placówek dostępnych jest na stronie www.fdds.pl oraz www.rodzice.fdds.pl, www.800100100.pl.

POMOC I WSPARCIE INNYCH ORGANIZACJI I INSTYTUCJI

Lista miejsc/osób, które mają realne możliwości działania i do których mogą zgłosić się ofiary przemocy w konkretnym wieku wraz z wyszczególnieniem zakresu pomocy.

- **Centrum Praw Kobiet**, tel. 600 070 717 – codziennie w godz. 10.00–16.00, dla osób, które znalazły się w trudnej sytuacji i potrzebują natychmiastowego interwencyjnego wsparcia.
- **Stowarzyszenie Niebieska Linia**, tel. 800 120 002 – czynny 24 godziny, dla ofiar przemocy w rodzinie.
- **Feminoteka**, tel. 888 883 388 – pon.–pt. w godz. 8.00–20.00, dla kobiet doświadczających przemocy (w tym kobiet transseksualnych), mieszkających w Warszawie.
- **Poradnia Telefoniczna „Niebieskiej Linii” IPZ**, tel. 22 668 70 00 – codziennie, w godz. 12.00–18.00, dla ofiar przemocy w rodzinie, tel. 800 70 22 22 – czynny 24 godziny, wsparcie dla osób w stanie kryzysu psychicznego.
- **Instytut Psychologii Zdrowia**, tel. 116 123 – codziennie, w godz. 14.00–22.00.
- **Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży**, tel. 516 060 173, telefon działa od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–15.00 dla dzieci, młodzieży i rodziców zamieszkałych w dzielnicy Wola.
- **Telefon zaufania dla osób starszych**, tel. 22 635 09 54, poniedziałki, środy i czwartki w godz. 17.00–20.00.
- **Bezpłatny telefon wsparcia dla osób po stracie bliskich**, tel. 800 108 108 – od poniedziałku do piątku, w godz. 14.00–20.00.
- **116 111 Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży**, czynny 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę.
- **800 100 100 Telefon dla Rodziców i Nauczycieli** – aktualne informacje na stronie: www.800100100.pl/aktualnosci.
- **Informacje prawne online** dotyczące problemu krzywdzenia dzieci: opiekun@fdds.pl

Co możesz zrobić?



Zwracaj uwagę na nagłe zmiany w zachowaniu dziecka i jego relacji z rodzicem lub opiekunem.



Bądź na bieżąco z dostępną w okolicy ofertą wsparcia dla rodziców i promuj ją wśród nich. Bezpłatne warsztaty umiejętności rodzicielskich lub konsultacje ze specjalistami często prowadzą ośrodki pomocy społecznej, poradnie psychologiczno-pedagogiczne lub organizacje pozarządowe.



Udostępniaj rodzicom broszury informacyjne dotyczące wychowywania bez przemocy, radzenia sobie ze stresem czy prawidłowego budowania więzi z dzieckiem.



Organizuj spotkania edukacyjne dla rodziców i wzmacniaj ich kompetencje.



Ucz dzieci rozpoznawać i mówić dorosłym o sytuacjach niebezpiecznych.



Promuj wśród dzieci bezpłatne telefony zaufania



– np. Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111.

Dominika Doleszczak, Oliwia Pogodzieńska

Kryzys związany z uzależnieniem i współuzależnieniem młodych ludzi

MECHANIZMY UZALEŻNIENIA I FUNKCJONOWANIA OSOBY UZALEŻNIONEJ

Czynniki, które mogą przyczynić się do rozwoju uzależnienia:

Specyficzne i trudne relacje z otoczeniem oraz samym sobą

Jednym z czynników ryzyka rozwoju uzależnienia są niskie umiejętności społeczne, które mogą wynikać m.in. z zaniedbania emocjonalnego, podwyższony poziomu lęku w relacjach z otoczeniem, obniżone poczucie własnej wartości, poczucie winy, perfekcjonizm, niska odporność na frustrację, trudność w wyrażaniu emocji.

Wzory postaw, zachowań, umiejętności

Środowisko rodzinne i społeczne przekazuje normy, zwyczaje w kontekście używania substancji psychoaktywnych, hazardu, korzystania z internetu. Osoby ze środowisk, w których występuje problem uzależnienia, są bardziej narażone na uzależnienie. Ponadto kiedy rodzic sam nie nabył umiejętności wyrażania emocji, to dziecko/nastolatek ma mniej możliwości do rozwijania takich umiejętności poprzez modelowanie.

Czynniki biologiczne i zdrowotne

Zaliczamy do nich zarówno czynniki genetyczne (według badań chromosomy 13 oraz Y36 odpowiadają

za rozwój uzależnienia od alkoholu), biochemiczne podłoże uzależnienia (zaburzenia w przemianie węglowodanów i tłuszczów, wysoką tolerancję, słabą reakcję awersyjną). Ważnym czynnikiem jest również wrodzony niedobór endorfin.

Na nadużywanie substancji psychoaktywnych (szczególnie palenie papierosów) oraz uzależnienia behawioralne bardziej narażone są osoby z ciężkimi chorobami psychicznymi, takimi jak schizofrenia i choroba afektywna dwubieguna.

Brak zasobów w środowisku rodzinnym i społecznym

Zasoby w otoczeniu są niezwykle ważne dla radzenia sobie z kryzysami, wyzwaniami. Dobre relacje z rówieśnikami i najbliższymi, poczucie zrozumienia i wsparcia w sytuacjach problemowych odgrywają istotną rolę w funkcjonowaniu emocjonalnym. Brak takiego wsparcia wywołuje poczucie osamotnienia i przyczynia się do prób regulowania emocji w szkodliwy dla osoby sposób.

Mechanizmy uzależnień

Mechanizm nałogowego regulowania uczuć – to mechanizm odpowiedzialny za powstanie silnej potrzeby, tzw. głodu związanego z zażyciem danej substancji/czynności, od której osoba jest uzależniona. Mechanizm jest uruchamiany, gdy uzależniony/a nie potrafi poradzić sobie z napotykaną trudnością/problemem. Po zażyciu substancji/wykonaniu danej czynności osoba odczuwa krótkotrwałą ulgę, lecz po krótkim czasie dostrzega, że problem nie został rozwiązany, co generuje napięcie, w wyniku czego osoba uzależniona ponownie doświadcza uczucia głodu.

Mechanizm iluzji i zaprzeczania – jest mechanizmem zaburzającym funkcje poznawcze osoby uzależnionej. Osoba pod wpływem takiego mechanizmu nie jest w stanie dostrzec rzeczywistych problemów, zaprzecza temu, że jest uzależniona od danej substancji/czynności,

pomimo wpływu uzależnienia na funkcjonowanie w różnych rolach i informacje na ten temat od otaczających osób. Zwykle przenosi odpowiedzialność na inne osoby lub sytuacje zewnętrzne.

Mechanizm rozproszonego i rozdwojonego „ja” – mechanizm sprawiający, że osoba uzależniona odczuwa przyływ sił, poczucia sprawczości, poczucia wartości, będąc pod wpływem środka lub czynności, od których jest uzależniona. Kiedy osoba uzależniona trzeźwieje lub traci korzyści związane z uzależnieniem, jak dzieje się na przykład w przypadku hazardu, pozbywa się złudzeń, doświadcza cierpienia, wstydu. Osoba uzależniona balansuje więc pomiędzy złudzeniami, jakie pojawiają się, gdy jest „pod wpływem”, i cierpieniem, gdy te złudzenia opadają, co ma istotny wpływ na poczucie własnej wartości, przekonania o sobie – uzależniony/a odczuwa coraz większe zagubienie.

METODY PRACY Z MŁODĄ OSOBĄ ZMAGAJĄCĄ SIĘ Z UZALEŻNIENIEM

Wprowadzenie do dialogu motywującego

Dialog motywujący to oparty na współpracy styl rozmowy, służący umocnieniu u osoby jej własnej motywacji i zobowiązania do zmiany.

Miller W. R., Rollnick S., *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*

Dlaczego dialog motywujący jest skuteczny w pracy z osobami uzależnionymi? Ponieważ ludzie łatwiej przekonują się do tego, co sami wypowiedzą. W duchu dialogu motywującego szczególną uwagę zwraca się na partnerstwo, akceptację, współczucie, współpracę i wywołanie.

Ważne umiejętności w dialogu motywującym:

- zadawanie pytań otwartych
- dowartościowywanie

- słuchanie odzwierciedlające
- podsumowywanie
- udzielanie informacji i konstruktywnych rad

Podstawowe zasady dialogu motywującego:

- wyrażanie empatii
- wspieranie poczucia własnej sprawczości
- rozwijanie rozbieżności
- podążanie za oporem

WAŻNE! Osoby z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych (np. alkoholu, narkotyków, leków, dopalaczy) wymagają pomocy, którą mogą uzyskać w placówkach leczenia uzależnień. Mają prawo do bezpłatnej pomocy terapeutycznej i medycznej. Lista placówek znajduje się na stronie: www.narkomania.org.pl

WSPÓŁUZALEŻNIENIE

Nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy, jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci. Narastanie problemu alkoholowego skłania niepijących członków rodziny do szukania sposobów pozwalających im przetrwać w sytuacji permanentnego stresu, braku poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji, niemożności zaspokojenia elementarnych potrzeb psychologicznych, a czasami również biologicznych.

Osoba pijąca z biegiem czasu coraz silniej koncentruje się na alkoholu, wycofuje się z pełnienia ról życiowych, przestaje świadczyć na rzecz rodziny, a czasem nawet interesować się swoimi bliskimi. Wymaga opieki i obsługi.

Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu może być **współuzależnienie**.

Osoba współuzależniona:

- przejawia silną koncentrację myśli, uczuć i zachowań na zachowaniach alkoholowych osoby pijącej;
- szuka usprawiedliwień sytuacji picia, zaprzeczania problemowi;
- ukrywa problem picia przed innymi;
- przejmuje kontrolę nad piciem osoby bliskiej (ogranicza sytuacje alkoholowe, wylewa alkohol, odmierza ilości, kupuje alkohol, aby pijący nie wychodził z domu itp.);
- przejmuje odpowiedzialność za zachowania pijącego partnera, łagodzi konsekwencje picia: kłamie, płaci długi, dba o higienę pijącego, o jego wizerunek itp.;
- przejmuje za osobę pijącą obowiązki domowe, które ona zaniedbuje.

Życie w długotrwałym stresie spowodowanym piciem osoby bliskiej i brak skuteczności własnych działań nakierowanych na rozwiązanie problemu picia powodują **poważne konsekwencje psychologiczne**:

- zaburzenia psychosomatyczne;
 - nerwice;
 - zaburzenia życia emocjonalnego (chaos emocjonalny, huśtawka nastrojów, stany lękowe i depresyjne, napięcie i stan ciągłego pogotowia emocjonalnego);
 - zakłócenia czynności poznawczych (zagubienie, chaos poznawczy, brak poczucia sensu i celu, zakłócenie wzorców normy i zdrowia, nierealistyczne oczekiwania);
- pustkę duchową i brak nadziei;
- samotność i/lub poczucie niemożności rozstania się;
- czasami nadużywanie substancji psychoaktywnych (zwłaszcza leków nasennych i uspokajających);
- trudności w rozpoznawaniu własnych potrzeb, w realizacji własnych pragnień, ambicji i celów;
- wyraźnie odczuwane obniżenie jakości życia.

Współuzależnienie nie jest chorobą – jest zespołem nieprawidłowego przystosowania się do sytuacji problemowej.

Koncentrując się na szukaniu sposobu ograniczenia picia partnera, osoba współuzależniona nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie ułatwia pijącemu dalsze spożywanie alkoholu. U części osób współuzależnionych rozpoznaje się ostrą reakcję na stres, zaburzenia stresowe pourazowe lub zaburzenia adaptacyjne. Współuzależnienie diagnozuje się wyłącznie u osób dorosłych, które formalnie mogą wybrać inną drogę poradzenia sobie z problemem picia partnera. Dzieci nie mają żadnego wyboru. Są skazane na życie w takich warunkach, jakie stwarzają dla nich dorośli.

Osoby współuzależnione wymagają pomocy i mogą uzyskać poprawę stanu zdrowia psychosomatycznego, jeśli skorzystają z pomocy oferowanej im w placówkach terapii uzależnień, gdzie mają prawo korzystać z bezpłatnej pomocy

terapeutycznej i medycznej (lista placówek leczenia odwykowego w Polsce znajduje się na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) www.parpa.pl oraz na www.narkomania.org.pl.

Niezależnie od tego, czy pijący podejmie leczenie odwykowe, czy nie, czy zatrzyma picie, czy będzie pił dalej – **osoby współuzależnione mogą poprawić jakość swojego życia i życia swoich dzieci**. Trudno jest im to jednak zrobić bez przyjęcia fachowej pomocy z zewnątrz.

Poza profesjonalną terapią współuzależnienia pomocne dla osób mających pijących bliskich mogą być spotkania Wspólnoty **AI-Anon** www.ai-anon.org.pl, której celem jest wspieranie się osób współuzależnionych w trudnościach wynikających z życia z osobą pijącą i w zmianie swojego funkcjonowania na bardziej satysfakcjonujące. Spis mityngów Wspólnoty AI-Anon znajduje się na ww. stronie internetowej.

W przypadku osób współuzależnionych z pojęciem granic nieodłącznie wiąże się ich elastyczność. W relacji z osobą uzależnioną od alkoholu można zauważyć okresy picia i tzw. miodowego miesiąca.

W zachowaniu osoby współuzależnionej może wystąpić trudność w zaakceptowaniu swojej bezsilności wobec uzależnionego partnera.

Powoduje to sytuację podobną do przyływu, kiedy nadzieje przyływają razem z falą miodowego miesiąca, zalewając granice, a następnie odpływają razem z okresem trzeźwości. A każda fala – szczególnie przy regularnych przyływach i odpływach – w pewien sposób reguluje brzeg. Niejednokrotnie jednak zdarza się też, że ten brzeg podmywa, brutalnie powiększając swoje terytorium. I jest to tym łatwiejsze, że granice budowane są w/na piasku, zależne w pewien sposób od poczucia własnej wartości i przekonań sprzyjających współuzależnieniu.

Do najważniejszych przekonań związanych ze współuzależnieniem zaliczyć można między innymi:

- przekonanie o mniejszej atrakcyjności;
- przeświadczenie, że jest się skazanym na związek z alkoholikiem;

- wizja „życia we dwoje”, nawet mimo ponoszonych przez nie kosztów;
- poczucie wartości uzależnione od posiadania partnera.

Odnaleźć takie przekonania nie jest łatwo, czasem sama osoba współuzależniona również nie zdaje sobie sprawy z ich istnienia.

Funkcjonowanie rodziny alkoholowej

Zdrowo funkcjonująca rodzina:

- elastyczna struktura – wyraźnie zaznaczona granica, rola rodzica – odpowiedzialnego dorosłego;
- istnieją kryzysy i konflikty, które rodzina stara się rozwiązywać;
- można popełniać błędy, które poddaje się analizie i próbuje zrozumieć, a na koniec wyciąga się wnioski;
- nie jest naruszana/podważana wartość drugiej osoby;
- równowaga między autonomią a zależnością;
- każdy ma szansę rozwijać swoją indywidualność;
- ważne są potrzeby i emocje wszystkich osób należących do rodziny;
- istnieje otwarta komunikacja;
- zaufanie oparte na uczciwości, szacunku;
- otwarty system komunikujący się z otoczeniem.

Rodzina z problemem alkoholowym:

- zatarte granice między członkami rodziny, zamiana ról, parentyfikacja;
- niejawną komunikacją, zaprzeczanie problemom;
- negowanie własnych uczuć, dążeń;
- oskarżenia i pretensje;
- otwarty przewlekły konflikt/unikanie – nie mówimy i nie rozwiązujemy problemów, trudności w podejmowaniu decyzji;
- nie ma przestrzeni na realizowanie indywidualnych celów na rzecz utrzymania „równowagi rodziny”;
- wstyd, poczucie gorszości, przewlekły stres;
- sztywne zasady służące ochronie przed lękiem i wstydem, unikanie konfrontacji z trudnymi sytuacjami;
- rodzina chroniąca tajemnicę, pogłębienie izolacji, zamknięty system.
- **rezygnacja** – dotychczasowe metody nie przynoszą efektu, utrwalenie negatywnych wzorców postępowania, np. przejście obowiązków/odpowiedzialności za osobę pijącą, zmniejszenie intensywności emocji – a to jeszcze bardziej utrwala sytuację;
- **separacja** – uświadomienie sobie braku wpływu, pozbycie się odpowiedzialności za osobę uzależnioną, skierowanie uwagi na realizację innych działań, dystans może sprzyjać podjęciu leczenia.

Funkcjonowanie rodziny z problem alkoholowym:

- **zaprzeczanie** – incydenty z nadużyciem alkoholu powiązane z nasilającym się napięciem i stresem, odwracanie uwagi, poszukiwania wyjaśnień w innych miejscach, „bo ma problemy w pracy”;
 - **izolacja** – wzrost częstotliwości sytuacji alkoholowych, ukrywanie ich przed otoczeniem, wstyd, narastanie frustracji, złości, poczucia winy, krzywdy;
- Alkoholizm jest chorobą postępującą, z czasem osoba uzależniona coraz więcej czasu spędza na organizowaniu sobie alkoholu, piciu go lub dochodzeniu do siebie po piciu, „wypadając” coraz częściej i na dłuższe okresy czasu z odgrywanej w życiu roli rodzica, pracownika, małżonka itp. Natomiast inni członkowie rodziny są coraz bardziej obciążeni, próbując utrzymać dotychczasowe funkcjonowanie rodziny. Im bardziej osoba uzależniona zachowuje się nieodpowiedzialnie, tym bardziej odpowiedzialni są inni członkowie rodziny. Ale też im bardziej alkoholik obwinia innych oraz przejawia agresję, tym bardziej partner i dzieci mogą odczuwać winę i stać się pasywni.
- Rodzina zachowuje się tak, ponieważ stara się przywrócić zachwianą przez osobę uzależnioną równowagę w systemie rodzinnym, jest to reakcja

na chore (dysfunkcyjne) postawy i działania osoby uzależnionej. Takie właśnie przystosowanie jest jednym z czynników powodujących, że rodzina funkcjonuje w sposób dysfunkcyjny (chory). Dzieci wypełniają obowiązki pijącego rodzica, nie mają tym

samym czasu na rzeczy, które robią ich rówieśnicy. Partner jest przeciążony obowiązkami, które bierze na siebie, kiedy pijący mąż lub żona zawodzi. Poza tym emocje zaangażowane w cały ten proces są trudne do zniesienia dla domowników.

„Reguły” w rodzinie z problemem alkoholowym, mogące również podtrzymywać dysfunkcję:

- „Picie alkoholu przez uzależnionego jest najważniejszą sprawą w życiu rodziny”.

Członkowie rodziny uzależniają swoje aktywności od funkcjonowania osoby uzależnionej, która jest głównie skoncentrowana na planowaniu picia, zdobywaniu alkoholu i piciu go. Na przykład partner stara się być w domu w godzinach, w których osoba uzależniona najczęściej pije, aby kontrolować jej zachowanie. Dzieci nie zapraszają swoich znajomych do domu w związku z tym, że uzależniony rodzic pije alkohol. Alkoholik gromadzi zapasy alkoholu, a członkowie rodziny są skoncentrowani na szukaniu go i usuwaniu z domu. Partner rezygnuje z różnych aktywności po to, aby być w domu i kontrolować osobę uzależnioną. Z czasem ogranicza się wyjścia z domu, ponieważ każde spotkanie ze znajomymi kończy się upiciem. Wszystko obraca się wokół uzależnionego i jego picia.

- „Każdy w rodzinie musi być współnikiem”.

Członkowie rodziny deklarują, że chcą, by osoba uzależniona przestała pić. Natomiast dysfunkcyjne dostosowanie się do alkoholika powoduje, że nieświadomie podtrzymują jego picie i stają się tym samym jego „wspólnikami”. Przejmując obowiązki, kryjąc go, dając mu alibi, starają się nie dopuścić do zamieszania i do ujawnienia problemu alkoholowego na zewnątrz rodziny, ułatwiają mu picie oraz chronią go przed jego konsekwencjami. Takie zachowanie na ogół wynika z miłości, lojalności, troski i niewiedzy, jednak powoduje utrwalenie aktualnej sytuacji.

- „Nie wolno rozmawiać o tym, co się dzieje w rodzinie ani między sobą, ani z innymi ludźmi”.

Reguła ta ustalana jest w celu zaprzeczenia trudnej aktualnej sytuacji w myśl zasady – to, o czym się nie mówi, nie istnieje. Nienazywanie problemu wprost powoduje zamęt w rodzinie, w konsekwencji członkowie rodziny nie wiedzą, co jest powodem ich problemów. Czują oni trudne emocje, których źródła nie rozumieją. Reguła ta uniemożliwia pomoc osób z zewnątrz, utrzymuje ona tym samym status quo rodziny.

- „Nie wolno mówić, co się naprawdę czuje”.

Aby uniknąć odczuwania bardzo trudnych do wytrzymania emocji, taki jak strach, nienawiść, smutek, żal, samotność, porzucenie w aktualnej sytuacji, wymaga się, żeby nikt nie mówił o swoich uczuciach. Może to spowodować trudności w komunikacji, która jest sztywne, niepełna i brak w niej autentycznych uczuć. W rezultacie wszyscy domownicy mogą stracić kontakt ze swoimi prawdziwymi uczuciami. Taki brak umiejętności rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych i ich źródeł może powodować różnorakie problemy. Nasze uczucia są dla nas pewnego rodzaju radarem, który może nam podpowiadać, jaki jest nasz stosunek do świata zewnętrznego. Dzięki nim wiemy, że coś nam szkodzi, coś nas złości, a coś jest dla nas przyjemnym doświadczeniem.

- „Nie wolno nikomu ufać”.

Nie wolno ufać członkom własnej rodziny, ale również innym osobom poza rodziną. Dzieci w rodzinie uczą się tej reguły z powodu niespełnionych obietnic na przykład osoby uzależnionej. Reguła ta utrudnia nawiązywanie kontaktów z innymi ludźmi. Powoduje ona również poczucie izolacji w rodzinie oraz poza nią.

Opisane powyżej aspekty funkcjonowania rodziny z problemem alkoholowym odnoszą się do **rodziny dysfunkcyjnej**. Należy jednak pamiętać, że nie wszystkie

rodziny z problemem alkoholowym ujawniają opisane cechy. Wszystko zależy od tego, jak członkowie rodziny reagują na zachowania osoby uzależnionej.

DOROSŁE DZIECI ALKOHOLIKÓW

Obecnie odchodzimy od określania DDA, bo jest ono stygmatyzujące, jednak nie zmienia to faktu, że da się wskazać zespół cech i konsekwencji wynikających z faktu wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym.

Efektom doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym są pewne utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które utrudniają osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji, a zwłaszcza nawiązywanie bliskich relacji z innymi ludźmi w dorosłym życiu. Powstały na tym tle zespół zaburzeń przystosowania nazywamy syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika.

Do zespołu cech DDA należą:

- problemy z samooceną, zaburzone poczucie własnej wartości;
- przeżywanie stanu przewlekłego napięcia emocjonalnego (stałe pogotowie emocjonalne), często silnego lęku przed odrzuceniem;
- trudności w przeżywaniu przyjemności i nadwrażliwość na cierpienie, poczucie bycia nieszczęśliwym;
- nieumiejętność odprężenia się, odpoczynku;
- trudności w rozpoznawaniu uczuć, nierzadko „zamrożenie emocjonalne”;
- posiadanie sztywnych, zagrażających schematów myślenia o innych, o sobie, o świecie;
- wyparcie własnych potrzeb, gotowość do spełniania oczekiwań innych;
- trudności z wchodzeniem w bliskie związki z ludźmi;
- lęk przed nowymi sytuacjami w życiu.

POMOCNE NARZĘDZIA BADANIA SYTUACJI OSOBY W KRYZYSIE I PSYCHOEDUKACJI

Rozpoznanie sytuacji:

NAZWA	OPIS NARZĘDZIA	PRZYKŁADY
BADANIE ZASOBÓW	Sprawdzenie możliwości klienta (zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych). Sprawdzenie dostępności zasobów.	• Kto może pomóc w rozwiązaniu problemu? • Czy w twoim otoczeniu są osoby, którym ufasz/ które mogą pomóc? • Jak radziłeś sobie do tej pory?

		• Co zrobiłeś wcześniej, gdy miałeś (podobny) problem? • Jakie miałeś pomysły na rozwiązanie? • Co jesteś w stanie zrobić?
PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ	Podsuwanie możliwych rozwiązań, zawsze po sprawdzeniu, jak klient reaguje na propozycję*. Gdy klient np. jest bardzo zagubiony, ma obniżony nastrój lub ma zawężoną perspektywę – można podsunąć pomysł rozwiązania. * w sytuacjach tego wymagających – bardziej dyrektywne np.: gdy to, co słyszymy od rozmówcy, jest dla niego zagrażające, to w bardziej zdecydowany sposób skłaniamy go do szukania pomocy.	• W sytuacjach, gdy niepokoi nas nasze samopoczucie, gdy nasz nastrój nie zmienia się od dłuższego czasu i widzimy jego negatywny wpływ na nasze funkcjonowanie, możemy potrzebować pomocy specjalisty. Czy myślałeś o skorzystaniu z pomocy psychiatry? • Zastanawiamy się, czy czułabyś się gotowa na rozmowę z mamą i powiedzenie jej o swoich uczuciach? • W sytuacji zagrożenia życia niezbędne jest skorzystanie z bezpośredniej pomocy. • Gdyby przyjaciółka była w tej samej sytuacji, to co byś jej doradził?
SPRAWDZANIE HIPOTEZ	Pytanie rozmówcy, jakie skutki mogłyby przynieść podejmowane przez niego konkretne działania i decyzje. Także rozważenie „najgorszego scenariusza”. Analiza problemu za pomocą pytań.	• A co by się stało, gdybyś zdecydował się na ujawnienie tego? • Gdybyś rzeczywiście trafił na leczenie/ psychoterapię/ szpitala psychiatrycznego, to co by to dla ciebie oznaczało?
DIALOG SOKRATEJSKI	Naprowadzanie rozmówcy pytaniami na samodzielne dojście do rozwiązania. Polega na zadawaniu odpowiednich pytań, które pomogą odkryć informacje ważne dla klienta, a przez niego wcześniej niedostrzegalne.	• Co sprawia, że jesteś przekonany, że tak jest? • Co się wydarzy, jeśli sytuacja się nie zmieni? • Jeśli tak zdecydujesz, to jak to wpłynie na (wymienienie różnych obszarów funkcjonowania)?

	Pomaga klientowi samodzielnie weryfikować błędy/zniekształcenia w myśleniu. Klient dzięki tym rozmowom uczy się nawyku racjonalnego „przesłuchiwania” swoich myśli/przekonań.	• Co przemawia za prawdziwością tej myśli, co jej zaprzecza? • Jeśli rzeczywiście tak jest, że..., to co to dla ciebie oznacza/ co to mówi o twojej sytuacji?
PYTANIE O CEL I POTRZEBY ROZMÓWCY	Wyjaśnienie w rozmowie – jakie rozwiązanie jest dla klienta pożądane i z jakiego będzie zadowolony. Przyjrzenie się potrzebom klienta.	• Co jest dla ciebie obecnie najważniejsze? • Czego byś potrzebował? • Po czym poznasz, że to była dobra decyzja? • Po czym poznasz, że osiągnąłeś swój cel? • Jeżeli idealną sytuację określić liczbą 10, to jak byś ocenił obecną w skali od 1 do 10? • Czego potrzebowałbyś w tej sytuacji?
KONKRETYZOWANIE ROZWIĄZAŃ	Wyobrażenie najlepszego scenariusza danej sytuacji. Pomocne w sytuacji, gdy klient jest zagubiony, chaotyczny.	• Co musiałoby się stać, żebyś czuł.../ żeby sytuacja się zmieniła? • Co chciałbyś, aby się wydarzyło? • Gdybyś miał sobie wyobrazić, że nie masz żadnych ograniczeń/ nie boisz się, to co mogłoby się wydarzyć? • Gdyby matka ci tego nie utrudniała, to co mogłoby się wydarzyć? • Gdybyśmy mogli sprawić, że na chwilę zniknie lęk/wstyd, to co mogłoby się wydarzyć?
POSZERZANIE PERSPEKTYWY	Pokazanie rozmówcy szerszego kontekstu jego problemu/sytuacji. Psychoedukowanie o danym problemie/zjawisku. Dodawanie możliwych scenariuszy, które klient mógł pominąć.	• Co jeszcze mogło mieć wpływ na sytuację? • Jak myślisz, z czego może wynikać jej zachowanie? • Często w sytuacji, gdy jest nam ciężko, przeżywamy wiele

		trudności naraz, trudno nam dostrzec wyjście z sytuacji. Pomocne może być wtedy skorzystanie ze wsparcia. Czy masz w swoim otoczeniu kogoś, kto wie o twoim problemie? • Może być tak, że dopóki osoba uzależniona sama nie zdecyduje się sięgnąć po pomoc, to żadne twoje działanie/wysiłek/prośby mogą nie przynieść zmiany? • Co byś zrobił, gdyby okazało się, że możesz nie mieć na to wpływu?
UREALNIANIE	Pokazywanie klientowi granic jego wpływu czy braku możliwości osiągnięcia takiego rozwiązania, jakie chce. Oddawanie odpowiedzialności klientowi.	• Co się stanie, gdy pozostaniesz w tym miejscu, w którym jesteś teraz? • Co musiałoby się stać, by twój tata przestał pić? • Czy wcześniej podejmowałaś próby wyciągnięcia taty z uzależnienia? Jakie są rezultaty? Od kogo zależy zmiana?

Psychoedukacja to:

- Nadanie tym sytuacjom odpowiedniej wagi, nadanie światu nowego porządku (zamiast umniejszania i iluzji normalności picia/zażywania narkotyków).
- Uważność na przeżycia i cierpienia dziecka/nastolatka, podkreślenie jego praw, które są łamane, oraz afirmacja potrzeb. „Nie dziwię się, że się boisz, bo słyszę, że przez picie mamy nie czujesz się w domu bezpiecznie”.
- Wejście w świat dziecka/nastolatka, wyobrażenie sobie jego emocji i towarzyszenie mu w tym jako życzliwy, współczujący dorosły.
- Doświadczenie korektywne uznające jego emocje za coś ważnego, a więc i jego samego za wartościową osobę, która nie zasługuje na takie traktowanie. „Wyobrażam sobie, jak bolesne może być to, że tata nie zmienia swojego zachowania”.
- Odbarczanie z odpowiedzialności i zmiana dysfunkcyjnych przekonań na temat „uzasadnionego” nadużywania alkoholu/przemocy. „To nie twoja wina, to nie ty postępujesz nie w porządku, nic nie uzasadnia przemocy”.
- Wzmacnianie sprawczości, przyglądanie się temu, na co młoda osoba ma wpływ (na siebie,

swoje decyzje, sięganie po pomoc), a na co nie ma (by rodzic przestał pić).

- **Wstyd za rodzinę.** „Ty to nie twoja rodzina, nie odpowiadasz za ich zachowania, nie wybierałaś sobie takiej czy innej rodziny”.
- **Przekonanie, że ktoś będzie myślał o mnie źle, gdy się dowie.** „Czy ty w taki sposób myślałabyś o koleżance, która zwierzyłaby ci się z takiej sytuacji? Co ty byś pomyślała o takiej osobie?”

● Poszukiwanie i wzmacnianie zasobów:

- **Zasoby wewnętrzne:** wskazywanie na wewnętrzne zasoby dziecka/nastolatka, dostrzeganie tego, jak do tej pory sobie radziło, jak mu się to udawało, wzmacnianie dotychczasowych prób zadbania o siebie. „To ważne, że gdy atmosfera w domu robiła się napięta, starałeś się wychodzić i jechać do babci. Mamy wrażenie, że dzięki swojej czujności mogłeś ochronić się przed kolejną awanturą”. „Doceniamy, że zdecydowałaś się porozmawiać”. „Myślę że wymagało to od ciebie wiele odwagi i pokonania swoich obaw”.
- **Wzmacnianie poczucia skuteczności,** opracowywanie planu bezpieczeństwa
- **Zasoby zewnętrzne: szukanie osób i miejsc,** gdzie dziecko może szukać pomocy i wsparcia – zarówno wśród członków rodziny, jak i spoza rodziny, np. pracowników szkoły.

● Praca z oporem przed podjęciem działań

- Uznanie i uszanowanie lęku, z jakim boryka się dziecko, gdy myśli o zgłoszeniu sprawy (obawy przed odwetem, pogorszeniem sytuacji).
- Urealnianie: pokazywanie, że jeśli nie podejmie się działań, to sytuacja się nie zmieni.
- Zmiana perspektywy – zgłoszenie przemocy nie musi oznaczać kłopotów dla rodziny, ale może oznaczać pomoc dla rodziny.
- Analiza możliwych scenariuszy po zgłoszeniu sprawy: „Co najgorszego może się wydarzyć, jeśli to zgłosisz?”

● Podważanie przekonań wpajanych przez osobę pijącą, poprzez pokazywanie mechanizmów działania osoby uzależnionej „Jak sądzisz,

- z jakiego powodu ojciec powtarza, że nie możesz nikomu mówić o tym, co dzieje się w domu? Może to po to, aby cię powstrzymać przed działaniem? Może boi się, że nie będzie już bezkarny, kiedy to zrobisz?”
- Dyrektywność vs. danie prawa do wyboru.
 - Brak jednej strategii, konieczność zachowania elastyczności.
 - Niekiedy warto być bardziej dyrektywnym, bo dziecko/nastolatek jest zagubione i potrzebuje też naszej pewności i ukierunkowania, bycia pierwszą osobą, która podejmie działania.
 - Czasem bardziej wartościowe jest danie prawa do wyboru, uszanowanie tego, że teraz dziecko nie jest gotowe. To strategia do wykorzystania, jeśli tu i teraz nie ma bezpośredniego zagrożenia.

POMOC I WSPARCIE INNYCH INSTYTUCJI I ORGANIZACJI

Programy profilaktyczne i programy pomocowe dla osób zmagających się z uzależnieniem:

● Środowiskowa profilaktyka uzależnień

(www.towarzystwo-kuznia.lublin.pl)

Program jest adresowany do osób w wieku 10–18 lat, pochodzących z rodzin niewydolnych wychowawczo. Podstawowym celem programu jest ograniczenie rozwoju zachowań społecznych

i postaw patologicznych, z naciskiem na używanie substancji psychoaktywnych.

● Fred Goes Net www.fredgoesnet.pl

Program adresowany do osób w wieku 14–21 lat, używających substancji psychoaktywnych

w sposób okazjonalny lub szkodliwy. Program nie jest adresowany do osób używających heroiny lub osób uzależnionych.

Program składa się z rozmowy wstępnej, zajęć warsztatowych i rozmowy końcowej. Zajęcia to kilka spotkań (2–4) trwających łącznie do 8 godzin.

- **Szkolna Interwencja Profilaktyczna**

Celem ogólnym tego programu jest ograniczenie sięgania po substancje psychoaktywne przez uczniów i poprawa ich funkcjonowania w szkole. Szkolna interwencja profilaktyczna jest adresowana do rodziców i uczniów doświadczających kryzysu związanego z zażywaniem narkotyków przez nastolatka. Według jej założeń rolę szkoły jest udzielenie wsparcia zarówno uczniowi, jak i rodzicowi w poradzeniu sobie z problemem poprzez dostarczenie odpowiednich informacji oraz zaproponowanie sposobu rozwiązania problemu, przy jednoczesnym braku akceptacji łamania przez ucznia zasady zobowiązującej do nieużywania substancji psychoaktywnych. Więcej informacji o rekomendowanych programach profilaktycznych znajduje się na stronie: www.programyrekomendowane.pl

Wybrane instytucje prowadzące działania profilaktyczne i pomocowe związane z problemem uzależnień:

- **Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii**

Prowadzone Telefony Zaufania:

Narkomania

800 199 990 – czynny codziennie
w godz. 16.00–21.00.

Uzależnienia Behawioralne

801 889 880 – czynny codziennie
w godz. 17.00–22.00

www.kbpn.pl, www.uzaleznieniabehawioralne.pl

- **Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Dzieci i Młodzieży Pomarańczowa Linia** – telefon dla

rodziców dzieci pijących alkohol i zażywających narkotyki

140 068, czynny od poniedziałku do piątku od 14.00 do 20.00

www.pomaranczowalinia.pl

www.narkomania.org.pl

- **Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”**

Poradnictwo psychologiczne indywidualne i rodzinne, konsultacje psychologiczne, interwencje kryzysowe, terapia indywidualna i rodzinna, edukacja psychospołeczna dla rodzin

www.warszawski-powrotu.pl

- **Stowarzyszenie MONAR**

Profilaktyka zachowań ryzykownych, specjalistyczna pomoc osobom uzależnionym, pomoc osobom wykluczonym społecznie

www.monar.org

- **Stowarzyszenie KARAN**

Pomoc psychologiczna, terapeutyczna dla dzieci, młodzieży oraz ich rodziców w sytuacji uzależnienia młodej osoby od narkotyków oraz zmagania się z uzależnieniami behawioralnymi (hazard, uzależnienie od komputera, zakupów, telefonu itd.)

Infolinia 800 120 289

www.karan.pl

- **Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę**

Poradnia Dziecko w Sieci – pomoc psychologiczna i terapeutyczna dla dzieci i młodzieży w sytuacji niebezpiecznych doświadczeń związanych z mediami elektronicznymi i Internetem

www.fdds.pl/kontakt/poradniedzickowsieci

116 111 Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży
Czynny 7 dni w tygodniu przez całą dobę

Więcej na stronie: www.116111.pl

BIBLIOGRAFIA

- Bradshaw, J., (2008) Powrót do swego wewnętrznego domu. Warszawa: MEDIUM.
- Beisert, M., Izdebska, A. (2012) Wykorzystanie seksualne dzieci. „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 11(2), FDDS, s. 48–66.
- Bocheński, M. (2019) Wybrane problemy zgłaszalności przestępstw z art. 200 §1 kk i ich praktyczne znaczenie dla kryminalizacji współżycia seksualnego nastolatków. „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 18(4), FDDS, s. 123–143.
- Dasz radę! O pokonywaniu uzależnień. Z dr. med. Bohdanem Woronowiczem rozmawia Karolina Prewęcka (2014) Warszawa: Prószyński Media.
- Dargiewicz P., Rodzina z problemem alkoholowym, <https://twojpsychologzoliborz.pl/rodzina-z-problemem-alkoholowym/>
- Forward, S., (1994) Toksyczni rodzice, Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co
- Helios, J., Jedlecka, W. (2017) Współczesne oblicza przemocy, zagadnienia wybrane. E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Jarczyńska J., Junik W., (2014) Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Margasiński A., (2009) Współuzależnienie po 30. latach. Teoria dla praktyki. „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” nr 1.
- Mellibruda J., Nałogowa osobowość naszych czasów, www.psychologia.edu.pl
- Miller W., Rollinick S., (2014) Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rosengren D., (2010) Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”.
- Ryś, M., Role pełnione w rodzinie z problemem alkoholowym a poczucie własnej wartości i relacje interpersonalne z najbliższymi u Dorosłych Dzieci Alkoholików. Warszawa: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.
- Włodarczyk, J., Wójcik, Sz. (2019) Skala i uwarunkowania przemocy rówieśniczej. Wyniki ogólnopolskiej diagnozy skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 18(3), FDDS, s. 9–35.
- Wojtasik, Ł. (2014) Seksting wśród dzieci i młodzieży. „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 13(2), FDDS, s. 79–98.
- Woititz J., (2000) Dorosłe Dzieci Alkoholików, Warszawa: Akuracik.
- Woronowicz B., (2009) Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia. Warszawa: Media Rodzina i Parpamedia.
- Wrona, G., (2020) Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Komentarz. Warszawa: Wydawnictwo Beck.
- Zachowania seksualne dzieci i młodzieży, FDDS.

Inne internetowe źródła i dodatkowe materiały:

- www.parpa.pl
- www.repozytorium.ukw.edu.pl
- www.psychologia.edu.pl
- www.al-anon.org.pl
- Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka (fdds.pl)
- www.edukacja.fdds.pl – m.in. scenariusze zajęć z młodzieżą o sekstingu, film „Na zawsze”, broszura „Zachowania seksualne dzieci i młodzieży”, ulotka dot. czynników ryzyka
- www.fdds.pl – m.in. badanie nt. sekstingu: http://fdds.pl/wp-content/uploads/2016/05/Wojcik_Makaruk_Seksting_wsrod_polskiej_mlodzi.pdf
- <https://www.youtube.com/watch?v=SzxNMABLfTs> – Rozmowa z Anną Kwaśnik (Dyżurnet.pl, Państwowy Instytut Badawczy NASK) oraz Łukaszem Wojtasikiem (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę) o zjawisku sekstingu i związanych z nim konsekwencjach. Prowadzi: Krystian Hanke (PR Trójka).



**MŁODZI BEZ
DACHU NAD GŁOWĄ,
MŁODZI
NA MARGINESIE
ŻYCIA**

WSTĘP OD AUTOREK:

Fundacja po DRUGIE¹ rozpoczęła swoją działalność w 2011 roku i w założeniu miała zajmować się wsparciem młodych ludzi opuszczających placówki resocjalizacyjne (zakłady poprawcze, młodzieżowe ośrodki wychowawcze). Celem było prowadzenie dalszych oddziaływań wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz niesienie pomocy materialnej wychowankom tych placówek. W krótkim czasie jednak okazało się, że młodzież wkraczająca w proces usamodzielnienia doświadcza przede wszystkim innej, istotnej bariery – **BEZDOMNOŚCI**.

Niezbędne było podjęcie odpowiednich działań, bo jak zaakceptować fakt, że młody człowiek, który ma zaledwie osiemnaście czy dwadzieścia lat, musi skorzystać z pomocy schroniska czy noclegowni?

Okazało się również, że problem bezdomności nie dotyczy jedynie młodzieży z placówek resocjalizacyjnych. Po pomoc do Fundacji po DRUGIE zaczęli zgłaszać się nie tylko wychowankowie i wychowanki pieczy zastępczej (domów dziecka i rodzin zastępczych), ale także młodzi ludzie, których problemy rodzinne nie zostały zauważone i rozwiązane przez system.

Odbiorcami działań organizacji stali się także młodzi ludzie, którzy choć mieli dach nad głową, borykali się z innymi problemami – ubóstwem, zaburzeniami psychicznymi, uzależnieniami, przemocą.

Wszyscy beneficjenci Fundacji to więc bez wątpienia osoby zagrożone wykluczeniem społecznym.

W Fundacji mogą uzyskać szerokie wsparcie i pomoc. Począwszy od możliwości zakwaterowania w mieszkaniu treningowym (projekt finansowany ze środków m.st. Warszawy), poprzez wsparcie specjalistów (psychologa, doradcy zawodowego, terapeuty uzależnień, prawnika) i zapewnienie możliwości rozwoju oraz korygowania zachowań (warsztaty, treningi), aż po nowe doświadczenia kształtujące umiejętność konstruktywnego spędzania wolnego czasu, rozbudzające nowe potrzeby i sprzyjające odkrywaniu pasji i zainteresowań.

W poradniku znajdą Państwo informacje, które – mamy nadzieję – będą pomocne w rozwiązywaniu problemów młodzieży i udzielaniu jej właściwego wsparcia. Dowiedzą się Państwo, jak rozpoznawać i reagować na problem ubóstwa młodzieży, a także do jakich instytucji można zwrócić się po pomoc – nie tylko materialną. Przedstawimy również sytuację młodzieży bezdomnej w Warszawie. Opowiemy, jak reagować, gdzie szukać wsparcia (zarówno w odniesieniu do osób pełnoletnich, jak i niepełnoletnich).

Mamy nadzieję, że zebrane informacje będą pomocne, a jednocześnie sprawią, że możliwie najrzadziej będą się Państwo spotykać z problemami, które opisujemy.

Agnieszka Sikora,
Elżbieta Szadura-Urbańska – Fundacja po DRUGIE

² <http://podrugie.pl/>

Agnieszka Sikora, Elżbieta Szadura-Urbańska

Kryzys bezdomności

Emil, 20 lat

Wychowywał się w rodzinie adopcyjnej. Rodzice starali się, by niczego mu nie brakowało, i on też się starał, tylko coś było z nim nie tak. Nie pasował do świata zbudowanego na zasadach i zakazach. Miał pasję i żył tylko tym. Gdy zmarł jego tata, mama nie dawała sobie rady. Ciągłe się kłócili, aż zaczęło dochodzić do przemocy. Wezwwała policję. Nie wiedziała, że skończy się to więzieniem. Emil spędził w nim prawie rok, a potem wyszedł. Na ulicę.

Patrycja, 18 lat

Ma sześcioro rodzeństwa, a każde ma innego ojca. Mama piła i co chwilę traciła dach nad głową, dlatego Patrycja ciągle zmieniała szkoły i otoczenie. Gdy miała 9 lat, trafiła do domu dziecka. Była agresywna, nie stosowała się do zasad, opuszczała szkołę. Wiele razy próbowała się zabić. Były szpitale, terapie, różne ośrodki resocjalizacyjne. W osiemnastym roku życia wróciła do matki, ale nie mogła u niej zostać, bo nie potrafiła porozumieć się z jej nowym partnerem. Wyszła i... stanęła na ulicy. Teraz jest w schronisku dla bezdomnych, ale pewnie w nim nie zostanie, tylko pójdzie sobie gdzieś... do lepszego miejsca...

Alicja, 23 lata

Wychowała się w rodzinie zastępczej. Opowiada, że robiła tam za Kopciuszkę. Rodzice mieli więc kogoś do sprzątnięcia, gotowania, zakupów. Sami dawali niewiele. Alicja miała niemodne ubrania, wszystko po kimś. Zaraz po osiemnastych urodzinach rozstała się z domem. Przez chwilę mieszkała u koleżanki, ale to

było rozwiązanie tymczasowe, a ona właśnie dostała się na studia i... była bezdomna.

Tomek, 22 lata

W domu zawsze było coś – przemoc, alkohol, brak kasy. Jak ojciec sobie poszedł, wydawało się, że sprawy się poukładają, ale rodzinę zjadły długi. Dostali eksmisję. Matka znalazła nowego partnera, ale w jego domu nie było miejsca dla Tomka. Dostał klucz do starego domku na ogródkach działkowych. Spędził tam kilka miesięcy. Bez wody, bez prądu.

Paulina, 23 lata

Bezdomność poznawała już jako nastolatka. Uciekała wtedy z domu i zdarzało się, że spała na klatce schodowej. W końcu zabrali ją do domu dziecka, a potem do młodzieżowego ośrodka wychowawczego. Gdy skończyła osiemnaście lat, nie miała dokąd pójść. Wpadła w złe towarzystwo, zaszła w ciążę. Nie miała warunków, by być ze swoim dzieckiem, więc zostało jej odebrane. Kiedy pierwszy raz przekroczyła próg schroniska dla bezdomnych, rozplakała się. Poznała to miejsce. Gdy była jeszcze małą dziewczynką, właśnie tam przychodziła odwiedzać swoją matkę.

CO TO JEST BEZDOMNOŚĆ?

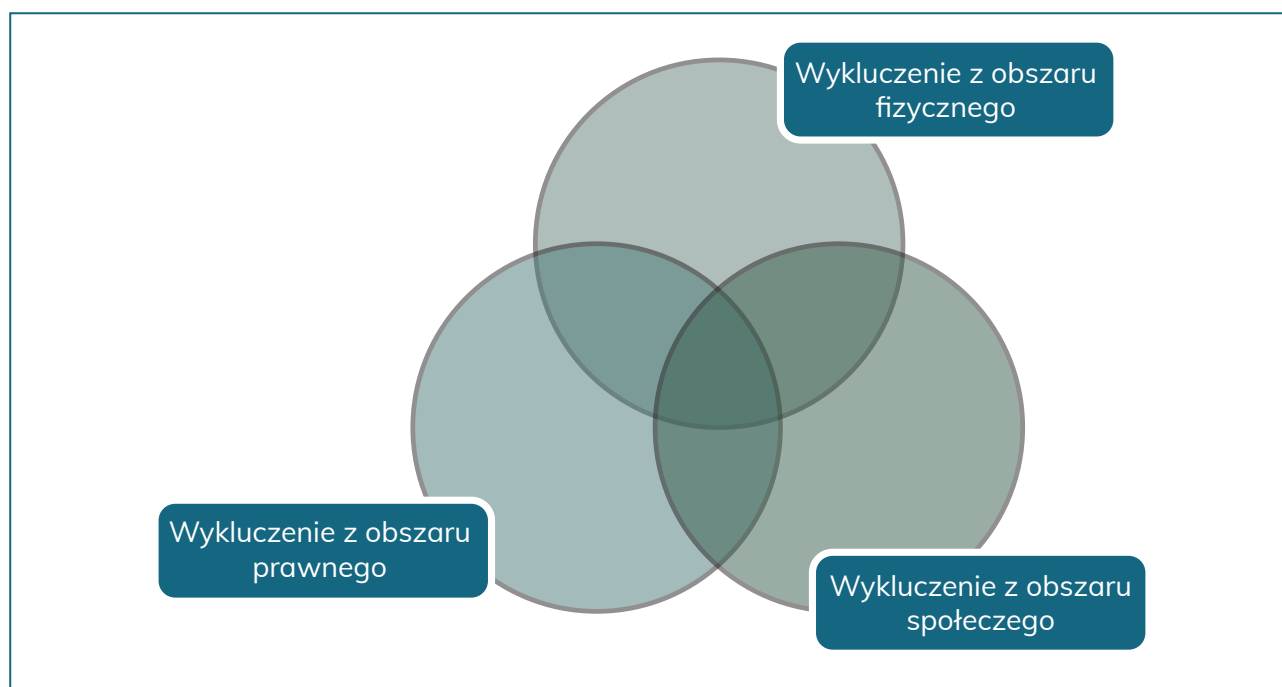
Termin „bezdomność” można zdefiniować intuicyjnie, odwołując się do analizy słowotwórczej wyrazu: „bez” i „domność”. Oczywistym wydaje się wówczas, że osoba bezdomna to ta, która nie ma domu. Jednak zjawisko bezdomności jest o wiele bardziej złożone. Nie dotyczy tylko sfery mieszkaniowej, w rozumieniu dostępu do schronienia (dachu nad głową), ale też społecznej czy prawnej. Jest w końcu osobistym odczuciem, a w pewnym sensie nawet decyzją danej osoby, która przypisuje sobie życiowy status bezdomności i mówi o sobie „jestem bezdomna/y”. Młodzi ludzie korzystający z pomocy Fundacji po DRUGIE bardzo różnie oceniają swoje położenie życiowe. Zdarzają się tacy, którzy wręcz szukają potwierdzenia swojego statusu osoby bezdomnej, ale są też inni, dla których to określenie jest uwłaczające, którzy wstydzą się przynależności do tej grupy.

Europejska Federacja Narodowych Organizacji Pracujących na rzecz Ludzi Bezdomnych FEANTSA (ang. *European Federation of National Organisations Working with the Homeless*) opracowała typologię bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego nazywaną ETHOS³, która uwzględnia złożoność problemu.

Według koncepcji ETHOS są trzy domeny budujące pojęcie domu:

- **domena fizyczna** – odnosi się do przestrzeni, w której znajduje się obiekt mogący stanowić schronienie człowieka przed warunkami atmosferycznymi i w którym możliwa jest realizacja podstawowych potrzeb; takich jak bezpieczeństwo, ochrona zdrowia i życia;
- **domena społeczna** – związana jest z warunkami do podtrzymywania i nawiązywania przez daną osobę relacji społecznych, umożliwiających jej funkcjonowanie w grupie społecznej, a przede wszystkim w rodzinie;
- **domena prawna** – dotyczy tytułu prawnego do mieszkania, domu, obiektu, który dana osoba zajmuje. Poczucie bezpieczeństwa wynikające z tego faktu jest jednym z filarów poczucia „domności”.

Przenikają się one wzajemnie, co obrazuje schemat⁴.



Grafika: Fundacja po DRUGIE

³ https://www.feantsa.org/download/pl_7386404743356865659.pdf

⁴ Źródło: Europejskie Obserwatorium Bezdomności FEANTSA.

W ETHOS bezdomność jest rozumiana jako całkowity brak dachu nad głową lub częściowy jego brak, czyli np. zamieszkiwanie w lokalu bez tytułu prawnego albo w miejscu, które nie gwarantuje bezpieczeństwa i uniemożliwia nawiązywanie właściwych relacji społecznych. Brak dachu nad głową w praktyce oznacza zamieszkiwanie w przestrzeni publicznej lub korzystanie z zakwaterowania interwencyjnego – np. w noclegowni.

W odniesieniu do młodych bezdomnych bardziej zasadne wydaje się używanie dwóch terminów wprowadzonych przez ETHOS: wykluczenie mieszkaniowe i niepewność mieszkaniowa.

Ten pierwszy termin odnosi się do zakwaterowania, które jest nieodpowiednie, czyli niespełniające warunków fizycznych, prawnych oraz społecznych. Wielu naszych podopiecznych mieszkało na działkach, a nawet w kanałach ciepłowniczych czy też wprost na ulicy.

Z kolei niepewność mieszkaniowa dotyczy głównie zagrożeń wynikających np. z zadłużenia czynszowego czy nielegalnego najmu, a w odniesieniu do młodego człowieka związana jest z incydentami przemocy w rodzinie, której zazwyczaj jest on ofiarą.

Definiując zjawisko bezdomności, w warunkach polskich nie sposób pominąć ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej⁵, która nieco wężiej rozumie to

pojęcie. I tak: w art. 6 pkt 8 osoba bezdomna to osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy, niezameldowana na pobyt stały w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

Natomiast w opracowaniu „Model. Gminny standard wychodzenia z bezdomności”⁶ przyjęto następującą definicję bezdomności: osoba bezdomna to taka, która z różnych przyczyn, wykorzystując własne możliwości i uprawnienia, czasowo lub trwale nie jest w stanie zapewnić sobie schronienia spełniającego minimalne warunki pozwalające uznać je za pomieszczenie mieszkalne. Miejsce spełniające warunki mieszkalne to takie, które nadaje się do stałego przebywania bez narażenia zdrowia i które umożliwia zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych: noclegu, zachowania higieny, sporządzania posiłków.

Młodzi ludzie w kryzysie bezdomności to najczęściej ci, których bezdomność – odwołując się do koncepcji ETHOS – dotyczy głównie sfery społecznej, w tym kruchości więzi społecznych, które nawiązali z rodzicami, opiekunami czy przyjaciółmi. Przyczyny bezdomności są wielorakie, jednak w przypadku bezdomnej młodzieży łatwo znaleźć ten jeden dominujący czynnik. Jest nim bez wątpienia niewydolny system opieki nad dziećmi i resocjalizacji.

SYTUACJA W WARSZAWIE

Warszawa jest miastem szczególnym. Wielu osobom jawi się jako miejsce nieograniczonych możliwości. Młodzież doświadczająca trudności – problemy w rodzinie, brak dachu nad głową po opuszczeniu placówki – kieruje swoje kroki do stolicy. Wierzy, że tu wszystko można zmienić. Z kolei warszawska młodzież znajdująca się w takiej sytuacji rzadko planuje zmianę miejsca pobytu. W ten sposób miasto staje się punktem

wyjścia dla licznego grona młodych ludzi poszukujących rozwiązań swojej złożonej sytuacji.

Problem bezdomności młodzieży nie jest w Polsce do końca rozpoznany. Jak wynika z ogólnopolskiego badania dotyczącego bezdomności przeprowadzonego przez Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej w 2019 roku, w całej Polsce naliczono 784 osoby

⁵ Dz. U. nr 64, poz. 593 ze zm.

⁶ R. Stenka, P. Olech, Ł. Browarczyk (red.) Model. Gminny standard wychodzenia z bezdomności, PFWB, Gdańsk 2014, s. 23.

bezdome w wieku 18–25 lat⁷. Wyniki tych badań wydają się jednak mało precyzyjne i zaniżone, co potwierdza raport opracowany przez Fundację po DRUGIE pod koniec 2019 roku na zlecenie m.st. Warszawy⁸.

Z przeprowadzonego przez organizację badania (liczenie bezdomnych) realizowanego podczas dwóch spisowych nocy w stolicy wynika, że rachmistrzowie (pracujący w trzech zespołach) dotarli aż do 105 osób w wieku do 25 lat doświadczających bezdomności. Badania wskazały też, że od sierpnia do października 2019 r. w placówkach dla osób bezdomnych w stolicy mogło przebywać aż do 150 osób w tym przedziale

wiekowym. Zauważyć należy, że poza tymi osobami co roku do Fundacji po DRUGIE zgłasza się około 190 osób młodych, które nie mają dachu nad głową. Od wybuchu pandemii organizacja odnotowuje znaczący wzrost liczby potrzebujących – średnio w każdym tygodniu do organizacji dociera od 3 do 5 nowych potencjalnych uczestników programów wspierania bezdomności.

Powyższe statystyki potwierdzają doświadczenia Stowarzyszenia Program STACJA⁹ działającego na terenie dzielnicy Śródmieście i realizującego tam działania streetworkingowe oraz poradnictwo. Każdego roku ze wsparcia organizacji korzysta 150 młodych osób (18–25 lat), z których 60 doświadcza bezdomności.

MŁODZI BEZDOMNI

Wielu z nas problem bezdomności łączy z osobami dorosłymi, doświadczonymi przez życie, „po odsiadkach”, uzależnionymi. Dorosłego bezdomnego łatwo dostrzec i rozpoznać na ulicy. Tymczasem młody człowiek bez dachu nad głową zlewa się z tłumem rówieśników. Często jest dobrze ubrany, ma modne ciuchy. Czasem wygląda ekstrawagancko (liczne tatuaże, kolczyki, kolorowe włosy), ale to przecież nie jest żadna oznaka bezdomności. Zwykle ma telefon komórkowy i nierzadko słuchawki na uszach.

Młodzież, choć zdarza się, że bezdomności doświadcza od miesięcy, a czasem nawet lat, nie jest jeszcze

nią „zniszczona”. Nawet jeśli bezdomność wiąże się z używkami, nie zdążyły one odcisnąć piętna na młodych twarzach.

Gdy mijamy miejsca oferujące pomoc osobom w kryzysie bezdomności, rzadko możemy w nich dostrzec osiemnasto- czy dwudziestolatkę, a nawet jeśli, wielu z nas pomyśli, że jest zwykłym wolontariuszem.

To wszystko sprawia, że młodzież bezdomna i jej problemy umykają uwadze systemu, ale także nas – społeczeństwa.

KIM SĄ?

Jak wynika z doświadczenia Fundacji po DRUGIE, w dużej mierze problem dotyczy młodych osób opuszczających pieczę zastępczą (domy dziecka, rodziny zastępcze), młodzieżowe ośrodki socjoterapii i placówki resocjalizacyjne dla nieletnich (młodzieżowe ośrodki wychowawcze, zakłady poprawcze). Okazuje się, że część młodzieży po zakończeniu pobytu w takich instytucjach nie ma możliwości powrotu do środowiska

rodzinnego, a jeśli nawet teoretycznie mogłaby wrócić do domu, to sytuacja w nim i występujące tam problemy nie skłaniają do takiej decyzji. W domach, w których kiedyś żyli, a które zwykle były powodem umieszczania w placówkach, nic się nie zmieniło. Wśród młodzieży bezdomnej rzadko spotkamy osoby mające wspierające zaplecze rodzinne, jak bowiem wynika z obserwacji problemu, jego przyczyną jest sytuacja rodzinna.

⁷ <https://www.gov.pl/web/rodzina/wyniki-ogolnopolskiego-badania-liczby-osob-bezdomnych-edycja-2019>

⁸ http://podrugie.pl/wp-content/uploads/2020/11/raport-poprawiony_2.pdf

⁹ <https://programstacja.org.pl/>

Drugą grupę stanowi młodzież, w której rodzinach również występują problemy (uzależnienia, przemoc, choroby), jednak umknęły one uwadze systemu.

Młodzież, która przychodzi do Fundacji po DRUGIE w poszukiwaniu pomocy, zwykle ma niskie kwalifikacje; zdecydowana większość ma jedynie ukończone

gimnazjum. Nie ma doświadczenia w pracy zawodowej. Przejawia trudności w funkcjonowaniu społecznym, nie radzi sobie z emocjami, zmagają się z zaburzeniami psychicznymi, często jest uzależniona (głównie dopalacze i alkohol). Ma nieuregulowaną sytuację prawną (alimenty, zadłużenia, również sprawy karne).

JAK PRACOWAĆ Z ZAGROŻONYMI, JAK ICH WSPIERAĆ?

Specjaliści pracujący z osobami należącymi do jakiegś jednorodnej grupy powinni być świadomi tego, że mogą ulegać stereotypom i zniekształceniom poznawczym w postrzeganiu jej członków. Uleganie tym zniekształceniom rodzi poważne konsekwencje dla jakości i efektów pracy z młodzieżą w kryzysie bezdomności.

W postrzeganiu takiej młodzieży powszechnym błędem może być tzw. **efekt Golema**, kiedy to na podstawie jednej zauważonej u młodego człowieka negatywnej cechy, np. agresji, przypisujemy mu też inne, złe świadczące o nim cechy (leniwy).

Innym często popełnianym błędem jest **podstawowy błąd atrybucji**, który polega na wyjaśnianiu zachowania innych osób przyczynami wewnętrznymi, podczas gdy my sami mamy tendencję, aby motywy własnych, odbiegających od pożądanego zachowań tłumaczyć okolicznościami zewnętrznymi. Np. uważamy, że X spóźnił się na zebranie grupy wsparcia dlatego, że z natury ma lekceważący stosunek do obowiązków, a nie dlatego, że np. przydarzyła mu się awaria metra. Z kolei nasze spóźnienie wytłumaczymy tym, że np. nie przyjechał autobus, a nie tym, że jesteśmy spóźnialscy. Błąd ten, podobnie jak inne, ma swe źródła w tzw. **oszczędności poznawczej** – nie jesteśmy w stanie wytłumaczyć, zrozumieć całej złożoności życia społecznego, więc aby poradzić sobie z chaosem informacji, stosujemy uproszczenia i – często tak nazywane – reguły zdroworozsądkowe.

Na co dzień posługujemy się **naiwnymi (ukrytymi) teoriami osobowości** – nasze poglądy na temat innych

mają pozory spójności i prawdziwości. Nawet nie zdając sobie z tego sprawy, snujemy przypuszczenia, że jeżeli występuje cecha X, to pociąga za sobą cechę Y, a ta z kolei wyklucza cechę Z. Ma to implikacje **kulturowe** (np. traktowanie jako pewnik, że osoby szczupłe są zdrowe) bądź **indywidualne** (sąsiad, którego nie lubiliśmy, miał na imię Jakub; to imię nosi też bezdomny chłopak – nie uświadamiając sobie tego, przypisujemy mu cechy tamtego Jakuba).

Niektórzy specjaliści „od pomagania” są podatni na tzw. **błąd łagodności** – mają tendencję do zauważania tylko tych informacji, które świadczą o drugiej osobie dobrze. I tak, pracownik ulegający temu błędowi może ze słów podopiecznego: „dziesięć razy porzuciłem pracę, gdyż szukałem czegoś odpowiedniego dla siebie” wysnuć wniosek, że ma przed sobą człowieka, który szuka prawdziwego spełnienia w swoim zawodzie.

Pracując wiele lat w tym samym środowisku, z tymi samymi klientami, można mieć skłonność do popełniania **błędu tendencji centralnej** – czyli ulegania przekonaniu, że wszyscy, w tym przypadku młodzi bezdomni, są do siebie podobni, wręcz tacy sami. Zakładamy więc wtedy, że kolejny bezdomny, tak jak poprzedni, jest lub był uzależniony od narkotyków, a jego zapewnień, że nie ma problemu z używkami, wysłuchujemy z politowaniem, często przeświadczeni o ich nieprawdziwości.

Z kolei ten podopieczny, któremu przypisujemy na jakiejś podstawie, np. zasłyszanej informacji, pozytywne cechy, których tak naprawdę nie ma, może zgodnie z tzw. **efektem Pigmaliona** zacząć przejawiać właśnie te cechy. I tak ktoś, kto nie jest ambitny, pod

wpływem oczekiwań staje się właśnie taki. Efekt ten znany jest również pod nazwą „samospełniającej się przepowiedni”. Warto ulegać temu zniekształceniu, gdyż w ten sposób zwiększamy szanse, że osoba w kryzysie bezdomności przejdzie pozytywne zmiany i zacznie wierzyć w siebie.

Należy przyjmować, że także osoby bezdomne, którym pomagamy, w odpowiedzi na nasze działania i postrzeganie mogą uruchamiać:

- **atrybucje obronne:** doświadczając lęku, zniechęcenia i złości, w obronie własnego dobrego samopoczucia wykorzystują mechanizmy obronne chroniące przed przeżywaniem nieprzyjemnych emocji;

- **reaktancję:** opór przed przyjęciem wymagań stawianych przez specjalistów. Osoba bezdomna postrzega oczekiwania, np. pracownika socjalnego, jako ograniczające jej wolność, dlatego też postanawia je odrzucać, sabotować. „Oporowanie” osoby bezdomnej może mieć również związek z niedostateczną wiedzą o oferowanej pomocy, brakiem motywacji, lękiem czy poczuciem winy, jak również może wynikać z pewnych zaburzeń i chorób. Podopieczny „oporujący” to bardzo często osoba długotrwale bezdomna, która identyfikuje się jedynie z rolą, z którą przez ostatni czas się utożsamiała.

NIEPEŁNOLETNI I PEŁNOLETNI – PODEJŚCIE

Młodzież niepełnoletnia (czyli osoby, które nie ukończyły 18. r.ż.) może korzystać z pomocy jedynie za zgodą opiekuna prawnego.

Jeśli osoba niepełnoletnia znajduje się w sytuacji, w której pozbawiona jest dachu nad głową i zgłasza zagrożenie ze strony swojego opiekuna prawnego, wówczas powinniśmy o tej sytuacji zawiadomić POLICJĘ.

Miejscem, do którego możemy się również zwrócić po pomoc, jest POGOTOWIE OPIEKUŃCZE. Jest to placówka oferująca wsparcie młodzieży (11–18 lat), która wymaga całodobowej opieki (spowodowanej np. trudną sytuacją w domu). Podczas pobytu w pogotowiu sąd rodzinny ustali sytuację młodego człowieka i podejmie dalsze decyzje zmierzające do zapewnienia mu bezpiecznego miejsca pobytu.

W przypadku osoby niepełnoletniej nie wolno nam podejmować samodzielnie decyzji, nawet jeśli jesteśmy przekonani, że np. zapewnienie jej noclegu będzie właściwym rozwiązaniem. Jesteśmy zobowiązani o takiej sytuacji informować służby i zdać się na rozwiązania systemowe.

Zupełnie inaczej sytuacja wygląda w przypadku młodzieży pełnoletniej. Tu mamy już do czynienia z osobami mogącymi samodzielnie decydować o sobie i biorącymi pełną odpowiedzialność za podejmowane wybory i decyzje.

W Polsce nie ma systemu, który kierowałby wsparciem dla młodych bezdomnych. Nie zostali oni wyodrębnieni z całej grupy osób doświadczających bezdomności. W Warszawie działają jednak organizacje pozarządowe¹⁰, które we współpracy z Miastem, ale również innymi jednostkami samorządowymi, tworzą rozwiązania kierowane do młodzieży i młodych dorosłych (jedną z takich organizacji jest Fundacja po DRUGIE).

¹⁰ <https://spis.ngo.pl/>

REALIA POMAGANIA

Udzielenie pomocy młodej osobie, która znalazła się w kryzysie bezdomności, nie może ograniczać się jedynie do zapewnienia schronienia i dostarczenia dóbr niezbędnych do zabezpieczenia jej podstawowych potrzeb (wyżywienie, środki higieny osobistej). W pracy z młodymi osobami niezbędne jest prowadzenie działań opiekuńczych, pracy wychowawczej (również resocjalizacyjnej), pracy socjalnej i dostosowanego do indywidualnych potrzeb wsparcia specjalistów.

Młody człowiek potrzebuje często starszego i doświadczonego życiowo przewodnika, wspierającego go w podejmowaniu właściwych działań, wskazującego na konieczność skorygowania pewnych zachowań, kontrolującego i stawiającego wymagania.

Osoby korzystające ze wsparcia Fundacji po DRUGIE przychodzą do organizacji z całym wachlarzem problemów, których stopniowe rozwiązywanie, odpowiednio zaplanowane w czasie, może prowadzić do pokonywania kryzysu – aktywizacji społecznej i zawodowej.

Pomoc w rozwiązywaniu problemów młodzieży zagrożonej bezdomnością nie jest łatwa. Wymaga od zespołu dużego zaangażowania, superwizowania (ang. *clinical supervision*) własnej pracy i... odporności na frustrację. Nasze wysiłki często nie przynoszą spodziewanych efektów, bywa też, że te efekty są odroczone: dopiero po kilku miesiącach, latach, czasami po kolejnym powrocie do Fundacji, zmiana w życiu młodego człowieka zaczyna być realna. Nie powinno to dziwić, gdyż pracujemy z młodzieżą, której rozwój już od najwcześniejszych etapów nie przebiegał właściwie. Nieprawidłowe lub wręcz zaburzone więzi ze znaczącymi dorosłymi na wczesnym etapie życia naszych podopiecznych powodują wysoki poziom lęku i brak gotowości do polegania na innych i/lub sobie.

„Wtórne ograniczone rodzicielstwo” to nie tylko terapeutyczna wskazówka, lecz praktyka naszej codziennej pracy. Teraz, niejako przy naszym boku, młodzi ludzie tworzą życiowy scenariusz, w którym my,

pracownicy Fundacji po DRUGIE, jesteśmy ważnymi, opiekuńczymi dorosłymi, na których mogą się oprzeć i wobec których nieustannie sprawdzają swoje możliwości i ograniczenia.

Nieprawidłowe zaspokojenie wielu potrzeb psychicznych naszych podopiecznych w dzieciństwie powoduje różne deficyty na dalszych etapach rozwoju. Próba poradzenia sobie z nimi są pewne utrwalone sposoby zachowania, myślenia i odczuwania, które w dalszym życiu generują wielorakie problemy. Te sposoby radzenia sobie nazywane są schematami albo pułapkami psychologicznymi. Najbardziej powszechne i trudne do korekty schematy zauważane u naszej młodzieży to: brak stabilności więzi, samokontroli i samodyscypliny oraz podejrzliwość, podatność na zranienie i deprywacja emocjonalna. Bez względu jednak na głębokość deficytów psychicznych pracę z młodzieżą rozpoczynamy od zabezpieczenia podstawowych, egzystencjalnych potrzeb.

Udzielając pomocy, szczególną uwagę należy zwrócić na:

● ZAPEWNIENIE BEZPIECZEŃSTWA

Człowiek mający doświadczenie życia na ulicy lub zagrożony taką ewentualnością musi znaleźć się przede wszystkim w miejscu, które daje mu poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji. Musi poczuć, że ma prawo być w miejscu, do którego trafił, przekonać się, że jest przyjazne i gwarantuje poczucie stałości.

● RELACJE

Praca z osobą wspieraną w kryzysie powinna być budowana na relacji, w której młody człowiek będzie odczuwał własną podmiotowość, szacunek i godność. Ważne jest, by uczestnik wsparcia zaufał, że po drugiej stronie stoi osoba, która choć bywa krytyczna wobec niektórych zachowań, jest życzliwa, szczerza i gotowa towarzyszyć mu w realizacji planu zmierzającego do poprawy sytuacji.

- **INDYWIDUALNE PODEJŚCIE**

Każdy jest inny. Każdy potrzebuje oferty dla siebie. Bardzo ważne jest wnikliwe przeprowadzenie diagnozy pozwalające na dostosowanie narzędzi i form pomocy zindywidualizowanej.

- **UMOŻLIWIENIE ODPOCZYNKU**

W przypadku osób, które przebywały w przestrzeni publicznej (nocowały na klatkach schodowych, w autobusach) lub korzystały z tymczasowych form pomocy w zapewnieniu noclegu (spanie u kolegów, na squacie, w ogrzewalni, noclegowni), ważne jest umożliwienie im odpoczynku i niepodjęmowanie działań aktywizujących natychmiast.

Warto również dopytać, czy wymagający wsparcia mają niezbędne rzeczy, by utrzymać higienę osobistą (ręcznik, mydło, szampon, przybory do golenia, bieliznę i ubranie na zmianę).

Instytucje i organizacje pozarządowe niosące pomoc w kryzysie bezdomności

W sytuacji, w której staniemy przed problemem, jak możliwie szybko wspomóc młodą osobę w kryzysie bezdomności, warto skorzystać z pomocy:

- **OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ** – zgłaszając konkretny problem, powinniśmy uzyskać pomoc pracownika socjalnego, który przeprowadzi wywiad z osobą znajdującą się w trudnym położeniu i zaproponuje rozwiązania (również wsparcie organizacji pozarządowych);

- **OGRZEWALNI** – miejsce, w którym osoba w kryzysie bezdomności uzyska schronienie. Ogrzewalnie są otwarte w konkretnych godzinach, również całodobowo. Są wyposażone w miejsca do siedzenia;

- **NOCLEGOWNI** – miejsce gwarantujące schronienie w godzinach nocnych, nie można w nim przebywać całodobowo;

- **JADŁODAJNI** – punkt wydawania posiłków;

- **SCHRONISKA** – miejsce, w którym osoba w kryzysie otrzyma możliwość całodobowego zakwaterowania oraz pomoc socjalną.

Dodatkowo w Warszawie działają poradnie i punkty pomocowe dla osób bezdomnych, miejsca wydawania odzieży, a także Mobilny Punkt Poradnictwa (specjalny autobus poruszający się po trasie miejsc pomocowych). Informacje dotyczące pomocy dla osób w kryzysie bezdomności można znaleźć na stronie internetowej Urzędu m.st. Warszawy¹¹.

W sytuacjach wymagających pilnej interwencji należy zadzwonić do Straży Miejskiej (tel. 986), która powinna podjąć odpowiednie działania i zaopiekować się człowiekiem znajdującym się na ulicy – przewieźć na izbę wytrzeźwień, do ogrzewalni czy noclegowni.

¹¹ <https://warszawa19115.pl/-/punkty-pomocy-dla-osob-bezdomnych>

Agnieszka Sikora, Elżbieta Szadura-Urbańska

Wykluczenie społeczne z powodu trudnej sytuacji materialnej

Magda, 20 lat

Zziębnięta i głodna trafiła do Fundacji tuż przed 18. urodzinami. Wcześniej przez kilka miesięcy mieszkała na działce. Wyglądała najwyżej na 12 lat, niedożywiona, od dziecka zaniedbana zdrowotnie. Matka opuściła rodzinę, kiedy dziewczyna miała 7 lat. Pamięta, że wówczas prasowała swoje ubranie na rozpoczęcie roku szkolnego. Przez lata opiekowała się młodszym rodzeństwem i niezaradnym ojcem. „Jesteś taka jak matka” wykrzykiwał swoje frustracje w pijackim widzie. Wytrzymała do 17. urodzin. Teraz szybko nadrobiła czas: skończyła liceum, poszła do pracy, ma narzeczonego i plany na przyszłość.

Hanka, 22 lata

Opiekuńczy ojciec i uzależniona od niego finansowo matka. W takiej rodzinie można jednak realizować swoje pasje. A Hania zawsze chciała być artystką. Już w przedszkolu ojciec posłał ją do kółka teatralnego. Jego nagła śmierć zniweczyła te plany. Matka, odkąd Hania pamięta, korzystała ze wsparcia pomocy społecznej. W domu była bieda. Jednak Hanka pamiętała słowa ojca: „Jesteś wyjątkowa, uzdolniona, życie należy do ciebie”. Miały być studia aktorskie, ale wyszło technikum fotograficzne. W tym też się odnalazła. Przez ostatnie wakacje pracowała po 12 godzin dziennie – kupiła własny aparat fotograficzny. Wierzy, że będzie publikować swoje zdjęcia w prestiżowych magazynach.

Piotrek, 21 lat

Wychowywał się na warszawskiej Pradze. Ojciec lubił wypić, ale pracował i utrzymywał zatrudnienie. Rodzina z trudem wiązała koniec z końcem, ale dysponowała dwiema pensjami, bo matka Piotrka również pracowała. Gdy Piotrek miał 13 lat, ojciec nagle zmarł i matka została sama z trójką dzieci. Zaczęło być naprawdę biednie. Piotrek widział, jak matka odmawia sobie różnych rzeczy – również jedzenia. Czuł się odpowiedzialny za rodzinę, był przecież najstarszy. Wtedy zaczęły się drobne kradzieże. Przynosił do domu czekoladki, cukierki, bo chciał, żeby rodzeństwo miało to, co inne dzieci.

Trudna sytuacja materialna jest jednym z powodów wykluczenia społecznego. W przypadku młodych ludzi to wykluczenie obejmuje zazwyczaj też ich rodziców czy opiekunów, a nierzadko również dziadków.

Warto pamiętać, że wykluczenie społeczne jest terminem, który całkiem niedawno wszedł do publicznego obiegu, chociaż zjawisko, które to pojęcie opisuje, towarzyszy ludziom chyba od zawsze. Wykluczyć to inaczej: wyeliminować, odrzucić, odsunąć – każdy synonim tego słowa dotyczy sytuacji nieuczestniczenia, ograniczenia w uczestniczeniu – w tym przypadku – w życiu społecznym.

Po raz pierwszy tego określenia użył francuski polityk René Lenoir, kiedy to w 1974 r. odniósł je do osób

nieobjętych ubezpieczeniem i nieprzystosowanych do życia w społeczeństwie industrialnym¹². W 1990 r. „wykluczenie społeczne” znalazło się w oficjalnych dokumentach Komisji Europejskiej dotyczących walki z ubóstwem¹³. Podkreślono tam wielowymiarowy charakter tego zjawiska obejmujący: konsumpcję, produkcję, zaangażowanie polityczne i integrację społeczną oraz inne ograniczenia niepozwalające żyć na poziomie akceptowalnym w danym kraju. Wielowymiarowość wykluczenia dostrzegamy też u młodzieży trafiającej do Fundacji. Pochodzi ona z rodzin i środowisk, w których obok ubóstwa były też inne patologie. Dlatego teraz, na progu dorosłości, trafiający do Fundacji młodzi ludzie nie mają w pełni zaspokojonych potrzeb, takich jak: bezpieczne przywiązanie do innych, autonomia, kompetencja, poczucie tożsamości, wolność wyrażania potrzeb i emocji, spontaniczność, realistyczne granice, samokontrola.

Mając nierozbudzone i często zablokowane potrzeby, potrzebujący wsparcia już od wczesnego dzieciństwa nie mogą być aktywnymi podmiotami swojego życia. Są i czują się wykluczeni i nie mają zdolności do pełnego uczestniczenia w aktywnościach typowych dla ich wieku. Niekorzystnym warunkom ekonomicznym towarzyszy zubożenie kontaktów społecznych i brak dostępu do odpowiednich instytucji pozwalających na wyposażenie w życiowy kapitał. Trafiający do Fundacji, z racji swojej pozycji socjalno-ekonomicznej, doświadczają różnorodnych przejawów dyskryminacji, najczęściej wykluczenia z grupy rówieśniczej, co na tym etapie rozwoju jest bardzo dotkliwe. Wielu z nich relacjonuje, że już w szkole podstawowej było nękanym przez grupę rówieśników z powodu np. braku markowej komórki, butów czy plecaka. To ma swoje konsekwencje również na dalszych etapach życia, co trafnie sformułowała prof. Elżbieta Tarkowska: „Ubóstwo dzieci i młodzieży to nie tylko dzieciństwo i dorastanie w biedzie, ale i zagrożone ubóstwem dorosłe życie.

To także niebezpieczeństwo międzypokoleniowego przekazywania warunków wykluczających jednostki i całe rodziny z różnych form uczestnictwa w życiu zbiorowym”¹⁴.

Wykluczenie z powodu ubóstwa pociąga za sobą również wykluczenie edukacyjne: brak pieniędzy na zakup pomocy szkolnych, na korepetycje, rozwijanie zainteresowań (muzyka, sport, języki). Na przykładzie doświadczeń młodzieży fundacyjnej można postawić tezę, że mechanizmem najsilniej selekcyjnym uczniów są możliwości finansowe ich rodziców. Kolejny obszar wykluczenia z powodu biedy to wykluczenie zdrowotne: nieodpowiednie żywienie, brak wystarczającej opieki lekarskiej, brak opieki stomatologicznej. Do Fundacji po DRUGIE trafiają bezzębni dwudziestolatkowie, młodzież z niedowagą, zmianami zwyrodnieniowymi kości, co jest bezpośrednim skutkiem złego odżywiania i niedostatku opieki medycznej.

Biorąc pod uwagę te wszystkie ograniczenia z powodu ubóstwa, które dotyczą młodych ludzi, łatwo zauważyć, że już na starcie mają oni obniżone szanse życiowe. W ich przypadku zabrakło stymulatora rozwoju, jakim jest edukacja.

Staramy się nadrobić te braki, rozwijając potrzeby, kształtując gusta, rozbudzając ciekawość poznawczą, dając szansę na zdobywanie nowych umiejętności. Basen, kino, teatr, wyjazd turystyczny, kurs prawa jazdy, lekcje języka angielskiego, lektury, spotkania ze znanymi ludźmi, uczestniczenie w debatach publicznych, rejsy kajakowe i wyprawy rowerowe – proponujemy to wszystko, co kiedyś nie było im dane. Nie dziwi nas, że często propozycje fundacyjne spotykają się ze wzruszeniem ramion i stwierdzeniem „po co mi to?”. Staramy się nie frustrować tym, że ich rówieśnicy odebraliby te propozycje jako nagrodę, podczas gdy dla nich to – nieraz przykry – obowiązek. Wierzimy,

¹² M. Rószkiewicz, K. Saczuk (red.) *Raport tematyczny z badania, Aneks do Badania, Uwarunkowania decyzji edukacyjnych*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014, s. 26.

¹³ M.in. <http://www.eapn.org>. [dostęp: 25.11.2020].

¹⁴ E. Tarkowska, *Wprowadzenie*, [w:] E. Tarkowska (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne młodzieży*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2007, s. 8.

że z czasem proponowane aktywności staną się oczekiwaną przyjemnością, że zastąpią dysfunkcjonalne zachowania, które prowadzą do patologii, powielania

losów ich rodziców. Robimy wszystko, aby przerwać spiralę dziedziczenia złych nawyków i ubóstwa.

WPŁYW TRUDNEJ SYTUACJI MATERIALNEJ NA INTEGRACJĘ SPOŁECZNĄ

Trudna sytuacja materialna rodziny pochodzenia i później samego młodego człowieka rodzi szereg utrudnień na różnych poziomach jego funkcjonowania. Oczywiście, że bezpośrednio obniża ona jego udział w konsumpcji, odgradza od rozwoju i zaspokajania potrzeb kulturalnych, uczestniczenia w wydarzeniach społecznych, towarzyskich itp. Jednak jeśli odniesiemy tę sytuację wyłącznie do młodych ludzi, wówczas zauważymy też bezpośrednie powiązanie z kształtowaniem poczucia własnej wartości. Na dalszych etapach życia dorośli potrafią kompensować braki materialne bez szkody dla samooceny. Jednak wcześniej samowiedza młodego człowieka, odkrywana w konfrontacji z grupą rówieśniczą już w przedszkolu czy później w szkole, często czyni nieodwracalne szkody w obrazie samego siebie. Przekonanie „jestem gorszy, biedny, nie mam tego, co inni” uruchamia nie zawsze konstruktywne mechanizmy radzenia sobie z tą oceną. Włączając się wówczas mechanizmy: **unikania, poddania lub kompensacji**.

Niektórzy radzą sobie, stosując mechanizm unikania konfrontacji – Fundacja po DRUGIE pracuje również z takimi młodymi ludźmi, którzy już nawet na etapie wczesnej edukacji odmawiali chodzenia do szkoły i utrzymywania kontaktów z grupą rówieśniczą. Różne były wówczas sposoby wyjaśniania tej sytuacji, radzenia sobie z dysonansem zarówno przez dzieci, jak i przez dorosłych. U dzieci problemy emocjonalne są często somatyzowane, więc niechodzenie do szkoły było usprawiedliwiane bólami brzucha, gorączką, czy zdiagnozowaną fobią szkolną. To dawało dziecku chwilową ulgę i pozwalało uniknąć skutków zetknięcia z grupą rówieśniczą, a dorosłym pozwalało zdjąć z siebie odpowiedzialność za kryzys dziecka. Z kolei fenomen „kozła ofiarnego” doskonale wyjaśnia sytuację tych dzieci, które poddały się schematowi i przyjęły rolę ofiary.

Koledzy z klasy chętnie wyszydzą kogoś, kto sam godzi się z przekonaniem „jestem gorszy”, „nie zasługuję na nic lepszego”. Dotarcie do zasobów tych dzieciaków na etapie ich wczesnej dojrzałości jest bardzo trudne.

W Fundacji borykamy się z problemami młodych dorosłych, którzy nauczyli się poddawać niemalże codziennie.

Przekonanie o własnej niskiej wartości, oczekiwanie porażek, brak wiary w sprawczą siłę pracy nad sobą, brak wiary również w dorosłych, którzy przez całe życie zawodzili, sabotuje ich wysiłki. Schemat poddania się trzyma tych młodych dorosłych w marazmie i jest ogromnym wyzwaniem dla specjalistów pracujących z młodzieżą z ubogich środowisk. W naszej pracy spotykamy też osoby, chociaż tych jest najmniej, które przyjęły strategię kompensacji i często jeszcze będąc dziećmi, zdecydowały, że swoje „braki” materialne uzupełnią na innych polach. Kompensacja często przybiera zdrowe ramy i wówczas młodzi ludzie wykazują się na polach sportowych, naukowych, społecznych itp. Jeśli jednak do nas trafiły, to świadczy, że po drodze coś jeszcze zawiodło, ale teraz mogą zrealizować swoje już odkryte i wcześniej rozwijane talenty i umiejętności. Z kolei nadmierna kompensacja też okazuje się zwodnicza i prowadzi nas do przymusowego spełniania wyolbrzymionych standardów, do pogoni za nieuchwytną doskonałością. Ten schemat u młodego człowieka korzystającego z pomocy Fundacji zauważyliśmy bodajże raz; częściej dominującą postawą jest rezygnacja ze stawiania sobie jakichkolwiek wymagań. Za brak tej umiejętności, której przejawy, powiedzmy szczerze, bardzo irytują, też trudno winić młodych ludzi. Wytrwałości i samodyscypliny uczyliśmy się już od najmłodszych lat. Młodzi bezdomni w większości byli tego pozbawieni.

POMOC

Rozpoznanie kryzysu świadczącego o zagrożeniu wykluczeniem społecznym u młodego człowieka jest symptomatyczne już na wcześniejszych etapach jego rozwoju. Odwołując się do koncepcji rozwoju psychospołecznego Erika Eriksona¹⁵, można powiedzieć, że podopieczni Fundacji nieprawidłowo przechodzili kryzysy rozwojowe, a ich integracja na kolejnych etapach nie była pełna. Takie wartości, które stanowią trzon zdrowej osobowości jak: nadzieja, wola, stanowczość, kompetencja, wierność – były blokowane bądź realizowane w ułomny, patologiczny sposób. Już na etapie żłobka można u tych dzieci zauważyć lękliwe lub wrogie nastawienie do świata, ale też przekonanie, że nie zasługują na ufność. Na kolejnym etapie edukacji przedszkolnej symptomatyczne będą trudności z samokontrolą. Zazwyczaj chodzi tu nie o nadmierną samokontrolę, ale o jej brak. Prowadzi to do poczucia wstydu i zwątpienia w siebie, które może być maskowane arogancją dziecka. Nie powinno to bulwersować, a raczej wskazywać pedagogom, że dziecko ma niewłaściwą opiekę rodzicielską.

Kluczowy dla odczuwanego później przez młodego człowieka „bycia poza społeczeństwem” jest okres wczesnoszkolny. To wówczas poczucie kompetencji daje siły rozwojowe na całe życie. I to wówczas trudna sytuacja materialna rodziców może mieć decydujące znaczenie w zdobywaniu tych kompetencji. Nie jeździę na rowerze – bo nigdy nie miałem roweru, nie umiem pływać – bo nigdy nie chodziłem na basen, nie lubię czytać – bo w domu nie było żadnej książki. Tak właśnie młody człowiek z perspektywy lat ocenia tamte zaniedbania, ale mając 11–12 lat, czuł się gorszy, głupszy, z gorszego domu. Jego rówieśnicy umawiali się na łóżko, szli do kina, a potem do cukierni, a on co najwyżej zostawał w świetlicy szkolnej.

Na kolejnym etapie rozwojowym nasz młody człowiek miał okazję brać odwet za wszystkie wcześniejsze niepowodzenia. Pchała go też do tego potrzeba rozwojowa, która w tym okresie dotyczy określenia swojej tożsamości. Kiedy wcześniejsze drogi rozwojowe

okazują się zamknięte, pozostaje jeden wybór – być złym. Sięganie po używki, demoralizacja, przynależność do destrukcyjnych czy nawet przestępczych grup rówieśniczych to odpowiedź na rozwojowe wyzwanie wyboru swojej tożsamości osobowej oraz tożsamości społecznej i wierność tym wyborom. Jeśli, z jakiś powodów, budowanie tej identyfikacji jest niemożliwe, młodzi ludzie popadają w spiralę pogłębiającego się kryzysu, załamania wiary w siebie. Nierzadko kończy to się próbami samobójczymi, a jeszcze częściej szukaniem ukojenia w używkach. Ten pierwszy, niestety, coraz powszechniejszy i najbardziej dramatyczny sposób rozwiązywania kryzysu rozwojowego potwierdza, jak trudny jest to okres w życiu młodego człowieka. Pedagodzy, pracownicy socjalni zdają się być bezradni wobec skali młodzieńczych problemów.

Wiedząc o wyzwaniach rozwojowych okresu, w jakim znajdują się młodzi ludzie, staramy się jako kadra Fundacji zapewniać im pozytywne grupy odniesienia. Ważną rolę w tym zakresie powinni odgrywać wolontariusze rówieśnicy. Tacy, którzy potrafią niejako przeciągnąć ich na stronę racjonalnych wyborów, rozwoju i realizacji akceptowanych społecznie celów.

Wskazówką w rozpoznawaniu trudności młodych ludzi, doznających wykluczenia z powodu trudności materialnych przez dorosłych, jest **praktyka uważności i empatii**. Ta porada może wydawać się zbyt ogólna i oczywista, jednak nie ma w tym zakresie cudownej metody diagnostycznej. To właśnie empatyczny wychowawca, pracownik socjalny dostrzeże, jakie mechanizmy radzenia sobie z problemami stosuje młody człowiek. Potrafi przewidzieć, że unikające kontaktów z rówieśnikami kilkuletnie dziecko w przyszłości, w celu złagodzenia skutków braku niezbędnej akceptacji rówieśniczej, może sięgać po środki psychoaktywne. Tylko dzięki uważnej obserwacji i znajomości temperamentu podopiecznego można ocenić, skąd wynikają ewentualne zmiany w zachowaniu podopiecznego, jak funkcjonuje w grupie, z czego czerpie potwierdzenie własnej wartości.

¹⁵ E. Erikson, *Dzieciństwo a społeczeństwo*, Rebis, Poznań 2000.

ŚCIEŻKA POMOCY – OD DIAGNOZY DO ZMIANY

Zmiana jest możliwa wówczas, kiedy wiemy, co chcemy zmieniać i z jakiego punktu startujemy, jak dużo etapów dzieli nas od upragnionych celów. Oczywiście jest, że cel młodego człowieka korzystającego z pomocy Fundacji po DRUGIE, choćby najbardziej ważny i atrakcyjny, nie może być celem jej pracownika, ale celem młodej osoby, która decyduje się przyjąć warunki współpracy i przystępuje do realizacji indywidualnej ścieżki wsparcia. Pracownicy Fundacji są pomocni w urealnianiu celów i operacjonalizacji, która formułuje młodzież i temu służy pogłębiona diagnoza dotycząca:

- cech osobowości, możliwości poznawczych, radzenia sobie ze stresem;
- stanu zdrowia;
- sytuacji rodzinnej, mieszkaniowej, prawnej, finansowej;
- edukacji;
- aktywności zawodowej.

Towarzyszenie zagubionym młodym ludziom przez specjalistów na etapie opracowania ścieżki pomocy jest procesem długim i pełnym zwrotów. Są w nim momenty ścierania się racji, próby zmiany perspektywy patrzenia na swoje problemy przez młodzież. Często zdarza się, że umniejsza ona znaczenie wpływu uzależnienia na możliwość realizacji planów. Stwierdzenie „czasami coś biorę, ale w każdej chwili mogę przestać” okazuje się tylko życzeniem, a nie faktem. Bywa, że na fali młodzieżowej niechęci do niuansowania rzeczywistości z całą mocą konstatują, że w żadnej mierze nie mogą liczyć na rodzinę, po czym okazuje się, że rodzice (często adopcyjni) są gotowi współpracować z instytucją wsparcia i podtrzymywać kontakt z dzieckiem.

Na etapie diagnozy specjaliści Fundacji spostrzegają wiele egotystycznych przekonań, które fiksują młode osoby na rzekomo doznanych krzywdach i utrudniają wzięcie odpowiedzialności za swoje życie. Pułapki osobnych przekonań polegają m.in. na:

- obarczaniu innych winą za skutki swojego zachowania;
- przypisywaniu innym wrogich intencji;
- przesunięciu winy na wyjątkowy stan, w którym znajdowała się osoba w chwili dokonania społecznie nieakceptowanego czynu (wzburzenie, zażycie środków psychotropowych itp.);
- przedstawianiu zachowań społecznych jako nieszkodliwych;
- umniejszaniu wagi niemoralnych zachowań poprzez żarty, odwoływanie się do powszechności takich zjawisk.

Zmianie, choćby w jednej płaszczyźnie aktywności, towarzyszy wzięcie odpowiedzialności za własne wybory i konsekwencje swoich czynów. To niemalże kopernikański przewrót w życiu tych młodych ludzi. Należy docenić każdy wysiłek, który podejmują na tej drodze, bo wymaga on dezintegracji dotychczasowej struktury zachowań, nawyków, sądów. Wbrew pozorom młodzież zagrożona wykluczeniem może mieć wysoki poziom wewnętrznej spójności (koherencji), a więc poczucie zrozumiałości rzeczywistości, zaradności i sensowności. Tyle tylko, że spójność ta jest osiągnięta w dysfunkcyjny sposób. Dla przykładu, młody człowiek dopuszczający się kradzieży może mieć bardzo wysoką koherencję, gdyż ma poczucie zrozumiałości rzeczywistości („są frajerzy i ludzie cwani”), jest zaradny, gdyż potrafi dostosować się do takiej rzeczywistości („wyciągnę portfel i nikt się nie zorientuje”) i ma poczucie sensowności takich działań („ustawiłem się w życiu lepiej od tych, którzy pracują”). Wysiłek Fundacji jest skierowany na przeniesienie tej koherencji w inne, akceptowane społecznie rejony.

Żeby tak się stało i aby efekty zmiany były atrakcyjne i pożądane przez młodego człowieka, niezbędna jest żmudna praca całego zespołu.

PROFILAKTYKA. PODMIOTY ZAPOBIEGAJĄCE WYKLUCZENIU I SPRZYJAJĄCE WŁĄCZANIU W ŻYCIE SPOŁECZNE, KULTURALNE I ROZWÓJ

Mimo że reprezentujemy organizację pozarządową, to pierwsze nasze wskazanie w profilaktyce wykluczenia społecznego nie będzie dotyczyło NGO-sów. Jesteśmy głęboko przekonani, że to szkoły, ośrodki pomocy społecznej i inne instytucje, jak np. domy kultury, mają do odegrania priorytetową rolę w tym zakresie.

Wzbudzanie przekonania, że edukacja może być dźwignią zmian i szansą na uniknięcie replikowania ubóstwa, to rola zaangażowanych, mądrych pedagogów i nauczycieli. To oni są w stanie rozbudzić potrzeby poznawcze, kształtować wolę swoich młodych wychowanków, nawet jeśli zawodzą rodzice. Rzetelna, codzienna współpraca szkoły z jednostkami pomocy społecznej mogłaby doprowadzić do uniknięcia wielu dramatów w życiu naszych późniejszych podopiecznych. Zaniedbywanie potrzeb dziecka przez rodziców i pogrążanie w patologicznych zachowaniach nie powinny uchodzić uwadze pracowników socjalnych. Po wielu latach pracy w środowisku młodych ludzi zagrożonych wykluczeniem społecznym często zadajemy sobie pytanie: „gdzie był pracownik socjalny?”, albo raczej: „co robił?”. Coraz częściej dochodzimy do przekonania, że nadmierne dawanie szansy rodzicom (zaprzestanie picia, podjęcie pracy) jest równoznaczne z odbieraniem ich dziecku szans rozwojowych. Newralgiczne, ważne dla rozwoju zdrowej psychiki, pierwsze lata życia dziecka upływają na przekonywaniu rodziców, że warto być dorosłym. Być może jest to zbyt ostre stanowisko, jednak sądzimy, że praca z rodziną powinna być krótsza i intensywniejsza, tak żeby krucha psychika dziecka jak najmniej ucierpiała z powodu kryzysu rodziców.

Nieuchronne kryzysy rozwojowe wieku dziecięcego i młodzieńczego łatwiej przechodzić, jeśli wie się, gdzie szukać pomocy. W Warszawie jest wiele takich miejsc, do których można udać się po ratunek. My ze swej strony znamy i rekomendujemy takie organizacje jak:

- **Stowarzyszenie Program Stacja** – organizacja pracująca w nurcie redukcji szkód. Dająca wsparcie młodzieży i ochronę przed podejmowaniem ryzykownych zachowań. Edukacja seksualna, pomoc młodzieży sięgającej po środki psychoaktywne, streetworking to główne formy pomocy proponowane przez Stację.
- **Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę** – prowadzi całodobowy telefon zaufania oraz zapewnia pomoc zarówno dzieciom, jak i rodzicom, szczególnie w odniesieniu do przemocy domowej. Oferta Fundacji obejmuje również liczne materiały edukacyjne, raporty z badań, które na przestrzeni prawie dwudziestu lat podejmował jej zespół i współpracownicy.
- **Powiślańska Fundacja Społeczna** – w ofercie tej placówki szczególne miejsce zajmuje asysta rodzinna, dotycząca sfery socjalnej, zdrowotnej i emocjonalnej członków rodzin. Świetlice i poradnie rodzinne to kolejne ważne działania organizacji, podobnie jak warsztaty profilaktyczne, wychowawcze i wsparcie terapeutyczne dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniami.

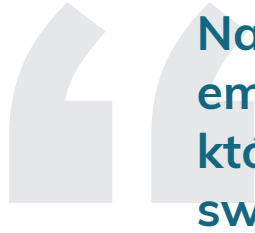
NA ZAKOŃCZENIE

Dzielimy się doświadczeniami Fundacji po DRUGIE po to, aby zwrócić Państwu uwagę na mało jeszcze rozpoznany problem społeczny, jakim jest bezdomność młodzieży, i zachęcić do podejmowania działań zaradczych. Bezdomność młodzieży uważamy za zjawisko skandaliczne i niedopuszczalne w cywilizowanym świecie.

Użycie tych mocnych słów w kontekście przytoczonych historii młodych ludzi zgłaszających się po pomoc do

Fundacji uważamy za zasadne, wynikające z naszego oburzenia wobec różnych zaniechań, obojętności, braku reakcji na ich problemy ze strony instytucji do tego powołanych.

Uważamy też, że dążąc do poprawy sytuacji młodych ludzi zagrożonych bezdomnością, nie należy zmieniać całego systemu pomocy, ale wystarczy umiejętnie wykorzystać dostępne w nim narzędzia i rozwiązania.



Najsprawniejszy system nie zastąpi empatycznych i odpowiedzialnych dorosłych, którzy będą w stanie zapobiec dramatom swoich podopiecznych.



MŁODZI ZAGROŻENI DYSKRYMINACJĄ

Marta Lewandowska, Lena Rogowska-Lewandowska

Młodzi LGBT+

Różne badania, prowadzone od wielu lat, pokazują niepokojący związek pomiędzy przynależnością do społeczności LGBT+¹⁶ a występowaniem problemów psychicznych, w tym samobójstw. Dawniej przyczynę tego związku upatrywano w samych osobach LGBT+¹⁷. Współczesne badania pokazują, że częstsze występowanie zaburzeń nastroju i prób samobójczych związane jest z brakiem akceptacji, dyskryminacją

i przemocą, których doświadczają osoby LGBT+ . Dużo częściej doznają one przemocy w szkołach, w domach, a także w przestrzeniach publicznych. Częściej spotykają się również z hejtem i mową nienawiści, częściej nie są akceptowane przez rodziny (co dziesiąta młoda osoba LGBT+ została wyrzucona z domu¹⁸), środowisko rówieśnicze i kościół.



W Polsce myśli samobójcze pojawiają się u 74% nastolatków LGBT+, a poważne objawy depresji – u 55%¹⁹ z nich. Dobrostan tych osób pogarsza się również w związku z wydarzeniami polityczno-społecznymi, rosnącą wrogością i mową nienawiści²⁰.

Obecność chociaż jednej dorosłej osoby, która akceptuje młodego człowieka takim, jakim on jest, ma bardzo duże znaczenie.

Przyjrzyjmy się kolejno podstawowym zagadnieniom, które mogą nam pomóc w zrozumieniu i akceptacji młodych ludzi LGBT+.

¹⁶ Określenie to odnosi się do społeczności lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych – szczegółowe objaśnienie terminów w dalszej części tekstu. ¹³ M.in. <http://www.eapn.org>. [dostęp.25.11.2020].

¹⁷ M.L. Hatzenbuehler, K.M. Keyes, Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth, J Adolesc Health. 2013 Jul;53(1 Suppl); Hatzenbuehler, Mark & Phelan, Jo & Link, Bruce. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. American journal of public health. 103. 10.2105/AJPH.2012.301069; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations. Washington, DC: The National Academies Press.<https://doi.org/10.17226/25877>.

¹⁸ Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce. Raport za lata 2019 – 2020, red. dr Mikołaj Winiewski Magdalena Świder, Warszawa 2021.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Najczęściej myśli samobójcze mają osoby LGBT+ mieszkające w „Strefach wolnych od LGBT” (raport).

TOŻSAMOŚĆ

Dojrzewanie to czas, kiedy młodzi ludzie intensywnie odkrywają i określają swoją tożsamość. Temat tego, kim jestem i jak jestem postrzegana/y, wychodzi na pierwszy plan.

Tożsamość każdej osoby składa się z wielu cech. Na niektóre z nich mamy wpływ, z innymi po prostu się rodzimy. Podział na cechy, które wybieram i te, które dostaję od losu, jest ważny dla refleksji o różnorodności społecznej i przeciwdziałaniu dyskryminacji. Mówi o nim koncepcja koła tożsamości, stworzona przez Marilyn Loden i Judy Rosener w 1990 r.

W samym środku tego koła (jak pestka w śliwce) znajduje się tożsamość indywidualna. Tożsamość indywidualna określa to, jaki/a jestem – moje cechy psychiczne, aspiracje, marzenia, doświadczenia, sposób patrzenia na świat.

Wokół tożsamości indywidualnej narastają kolejne warstwy tożsamości społecznej, która opisuje moją przynależność do różnych grup – to, kim (społecznie) jestem. Grupy, do których przynależności nie wybieram, to tożsamość społeczna pierwotna. Cała reszta

przynależności to tożsamość społeczna wtórna.

Orientacja psychoseksualna, obok płci, wieku

i pochodzenia, to cechy, na które nie mam wpływu.

Opisują one moją tożsamość, a jednocześnie przypisują mnie do różnych grup. Z przynależnościami wiążą się różne doświadczenia, emocje, przywileje lub – przeciwnie – opresja. Niektóre przynależności mogą się wiązać z poczuciem dumy, siły, sprawczości (np. jestem Polką, kibicuję Legii). Inne przynależności, w niektórych sytuacjach, mogą wiązać się z poczuciem niepewności, wstydu, umniejszenia (np. jestem nieheteroseksualna, pochodzę ze wsi). Podział na różne grupy nigdy nie jest symetryczny. Grupy niekoniecznie większe, ale dominujące, mające dostęp do władzy i przywilejów, noszą nazwę grup większościowych (np. mężczyźni, osoby heteroseksualne, osoby zamożne). Grupy mniejsze, pozbawione praw, gorzej traktowane, noszą nazwę grup mniejszościowych (osoby homoseksualne, kobiety). Przynależności większościowe czasami są „przezroczyste”, nie wyróżniają się (jak np. heteroseksualność lub biały kolor skóry w Polsce),

Proces dochodzenia do własnej tożsamości i odkrywania jej może zająć kilka lub nawet kilkanaście lat. Jeżeli przychodzą do was młodzi ludzie szukający własnej tożsamości, oferujcie im akceptację, wsparcie i zrozumienie. Najczęstsze błędy popełniane przez dorosłych to kwestionowanie orientacji psychoseksualnej dziecka lub tożsamości płciowej, ocenianie i zachęcanie do terapii konwersyjnych²¹. Celem oferowanego wsparcia powinna być wspólna praca nad akceptacją orientacji psychoseksualnej lub tożsamości płciowej oraz pomoc w radzeniu sobie ze stresem mniejszościowym.

²¹ Badania pokazują, że terapie konwersyjne skutkują bardzo często depresją, próbami samobójczymi, a także odrzuceniem wiary – zob. Haldeman, D. C. (2001). Therapeutic antidotes: Helping gay and bisexual men recover from conversion therapies. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5(3-4), 117–130.

Osoby należące do grup mniejszościowych często doświadczają stresu mniejszościowego. Jest to rodzaj chronicznego stresu związanego z codziennymi problemami, wynikającymi z doświadczanej przemocy, dyskryminacji i mikroagresji, lub z obawy przed

nimi. Stres ten jest uwarunkowany społecznie – tzn. w miejscach, gdzie mamy do czynienia z dużą akceptacją osób LGBT+ (co wyraża się m.in. równością małżeńską), stres mniejszościowy jest wyraźnie niższy.

STEREOTYPY

Różne cechy tożsamości (np. wiek, płeć, orientacja psychoseksualna) jeszcze niewiele mówią o tym, jaka jest posiadająca je osoba. Nie opisują ważnych dla niej wartości, cech psychicznych, aspiracji, marzeń, inteligencji, emocjonalności, doświadczeń, moralności.

Często, kiedy patrzymy na drugą osobę, mamy łatwość, aby mieszać to, kim ktoś jest, z tym, jaki jest – posługujemy się stereotypami.

Stereotypy to uproszczone i uogólnione opinie na temat danej grupy. Istnieje bardzo dużo krzywdzących stereotypów przypisywanych osobom nieheteroseksualnym. Stereotypy z definicji nie mogą być prawdziwe, bo przypisują wielkim grupom cechy, które można przypisać tylko jednostkom. Niestety, każdy/a z nas posługuje się czasami w myśleniu stereotypami. Rodząc się w danej kulturze i wychowując się w niej, nabywamy też funkcjonujące w jej obrębie stereotypy.

Kiedy w głowie pojawiają się nam takie przeświadczenia jak:

- homoseksualna dziewczyna uważa się za homoseksualną, tylko dlatego, że nie znalazła prawdziwej, heteroseksualnej miłości;
- osoby biseksualne są rozwiązłe;
- chłopcy stają się gejami, kiedy wychowują się bez męskiego wzorca;
- można się „zarazić” homoseksualnością albo stać się osobą homoseksualną pod wpływem mody – to znak, że na nasze myślenie mają wpływ stereotypy. Wszystkie powyższe stwierdzenia są nieprawdziwe. Warto wychwytywać tego typu przeświadczenia, podawać je w wątpliwość i nie pozwalać, by kierowały one naszym działaniem. Warto szukać rzetelnych źródeł wiedzy na temat rozwoju seksualnego człowieka i tożsamości płciowej. Pod koniec rozdziału zamieszczona jest lista lektur i organizacji działających na rzecz osób LGBT+.

Społecznie negatywne postrzeganie danej grupy może prowadzić do ukształtowania się negatywnego postrzegania samej/ego siebie. Mamy wtedy do czynienia z autostereotypizacją.

Wpływ społecznej stygmatyzacji na osoby i grupy jej doświadczające jest różny w zależności od

tego, gdzie te osoby i grupy upatrują jej przyczyn. Efektem doświadczania stygmatyzacji może być m.in.: wzmocnienie relacji z grupą własną, rosnące uprzedzenia wobec innych grup, agresja, zaprzeczanie przynależności do stygmatyzowanej grupy, wycofanie, nienawiść do siebie.

UPRZEDZENIA

Stereotypy mieszczą się w głowie i w myśleniu. Uprzedzenia tkwią w sercach. Uprzedzenia to emocje, postawy i nastawienia wobec określonej grupy: lęk, podziw, pogarda, obrzydzenie. Uprzedzenia są zjawiskiem społecznym – widać zależność pomiędzy wydarzeniami społeczno-politycznymi, a poziomem uprzedzeń w danej

społeczności. W Polsce systematyczne badania w tej materii prowadzi Centrum Badań nad Uprzedzeniami Uniwersytetu Warszawskiego. Publikuje ono raporty, w których komentuje dynamikę uprzedzeń²². Wynika z nich, że osoby LGBT+ znajdują się w czołówce grup narażonych na to zjawisko.

DYSKRYMINACJA

Stereotypy i uprzedzenia nie są jeszcze dyskryminacją, chociaż mogą jej sprzyjać. Dyskryminacja jest działaniem (czasem również – zaniechaniem działania). Dyskryminacja to nierówne, niesprawiedliwe i krzywdzące traktowanie kogoś ze względu na przynależność tej osoby do jakiejś grupy. Dyskryminacja jest rodzajem przemocy, której mogą używać tylko

osoby mające władzę (rozumianą szeroko jako możliwość działania i kształtowania danej sytuacji lub przynależność do grupy większościowej). Dyskryminacja może wynikać ze stereotypów i uprzedzeń, ale nie musi. Może zdarzyć się taka sytuacja, że dyskryminujemy kogoś w wyniku niewiedzy albo polecenia dyskryminacji.

JĘZYK

Słowa, których używamy, mówiąc o osobach LGBT+, mają ogromne znaczenie. Mogą być wyrazem szacunku i akceptacji lub wręcz przeciwnie – odrzucenia i z pogardy. Młodzi ludzie są szczególnie wrażliwi

na język, którym się do nich zwracamy. Dlatego warto zadbać o umiejętne posługiwanie się językiem wrażliwym na różnorodność.

Uważaj, jak mówisz na co dzień – czy nie opowiadasz homofobicznych żartów, czy mówisz z szacunkiem o osobach transpłciowych, czy nie powtarzasz krzywdzących stereotypów. Wiele młodych ludzi, obserwując codzienne wypowiedzi dorosłych, nie zdecyduje się na rozmowę z nimi o swoich wątpliwościach czy trudnościach związanych z tożsamością. Wsłuchując się w język, jakiego używają dorośli wobec osób LGBT+, młodzi ludzie mogą obawiać się niechętnych, ocennych reakcji.

Można mieć wrażenie, że polski społeczny świat jeszcze do niedawna był wyraźnie podzielony na dwie osobne części – kobiety i mężczyzn. W naturze ten podział

nigdy nie jest zero-jedynkowy. Różne kultury zaś różnie sobie z nim radzą. Kiedy rodzi się dziecko, jego płeć jest określana zazwyczaj na podstawie tego, co widać –

²² zob. np. red. A. Stefaniak, M. Winiewski (2019), Uprzedzenia w Polsce 2017. Oblicza przemocy międzygrupowej, Warszawa: Liberi Libri.

zewnątrznych narządów płciowych. Jednak zewnętrzne narządy płciowe nie wyczerpują różnic między płciami. Płeć określa się też na poziomie hormonalnym i chromosomalnym. Czasami (ONZ szacuje, że takich

osób jest 1,7%) rodzą się dzieci, których nie da się jednoznacznie przypisać do jednej płci – dziecko takie posiada zróżnicowane cechy płciowe. Są to osoby interpłciowe.

Osoby interpłciowe – to osoby, które rodzą się z ciałem nie wpisującym się w definicje typowych ciał kobiecych lub męskich. Różnice mogą wystąpić na poziomie chromosomów lub/i układu hormonalnego lub/i wewnętrznych bądź zewnętrznych narządów płciowych. Interpłciowość dotyczy biologicznych cech płciowych, a nie tożsamości.

Termin interpłciowość określa ciało. To, czy czujesz się kobietą czy mężczyzną, albo jak odczuwasz swoją płeć, nazywamy tożsamością płciową.

Tożsamość płciowa – to wewnętrzne, głębokie poczucie dotyczące przynależności do płci i osobistego doświadczania płci. Możliwa jest identyfikacja z płcią męską, kobiecą, oboma, żadną z nich lub gdzieś pomiędzy:

- osoby cispłciowe – to osoby, których płeć nadana przy urodzeniu odpowiada ich tożsamości płciowej.
- osoby transpłciowe – to osoby, których płeć nadana przy urodzeniu nie odpowiada ich tożsamości płciowej.
- osoby niebinarne – to osoby nieidentyfikujące się z binarnym podziałem płci na męską i żeńską. Nie są ani kobietami, ani mężczyznami. Osoby niebinarne są jednocześnie osobami transpłciowymi, ponieważ istnieje u nich niezgodność pomiędzy płcią nadaną przy narodzinach a tożsamością płciową.

W różnych kulturach istnieje różna akceptacja co do faktu, że nie wszystkie osoby mieszczą się w definicji kobiety lub mężczyzny. W wielu rdzennych kulturach niebinarność była ceniona i afirmowana. Dopiero europejska kolonizacja przyniosła tendencję do karania tych osób. Ich obecność jest dobrze znana

m.in. w kulturach rdzennych obu Ameryk, w Afryce Środkowej, Azji oraz Oceanii. Warto pamiętać, że tożsamość płciowa jest czymś odmiennym od orientacji psychoseksualnej. Niezależnie od tego, czy moja płeć zgadza się z płcią przypisaną mi przy urodzeniu, mogę być osobą heteroseksualną lub homoseksualną.

Orientacja psychoseksualna – to pociąg emocjonalny, seksualny i romantyczny do konkretnej grupy osób lub jego brak. Orientacja jest w dużym stopniu determinowana biologicznie (genetycznie i hormonalnie), nie zależy od wyboru czy decyzji²³.

²³ B.L. Frankowski, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents, Pediatrics, 113 (6), 2004.

Są różne orientacje psychoseksualne. Możemy wyróżnić:

- heteroseksualność – pociąg do osób płci przeciwnej,
- homoseksualność – pociąg do osób tej samej płci,
- biseksualność – pociąg do osób obu płci,
- aseksualność – brak pociągu do innych osób.

Warto zauważyć, że aseksualność, wciąż słabo obecna w społecznej świadomości, może nieść ze sobą jeszcze wyższe zagrożenie depresją i samobójstwem²⁴.

Mówiąc o osobach nieheteroseksualnych i transpłciowych, można używać też skrótów: LGBT, LGBT+ lub LGBTQIA: LGBT+ – lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i inne osoby nieheteronormatywne, nie mieszczące się w literach skrótu;

LGBTQIA – lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe, queer, interpłciowe i aseksualne. Jeśli jesteś dorosłą, cispłciową, heteroseksualną osobą i nie masz wśród bliskich osób LGBT+, może być ci trudno zrozumieć codzienne trudności, jakich te osoby doświadczają. Możesz nie wiedzieć, co w danej sytuacji czuje młoda osoba, co będzie dla niej najlepsze, czego potrzebuje.

Dlatego, rozmawiając z młodą osobą LGBT+, przede wszystkim – wysłuchaj. Nie dawaj „dobrych rad” i łatwych rozwiązań (np. „to na pewno tylko taki etap”, „inni mają gorzej”, „lepiej skup się na nauce”). Nie zaprzeczaj doświadczeniom dziecka. Polecaj rzetelne i godne zaufania publikacje oraz organizacje. Część z warszawskich organizacji oferuje darmowe poradnictwo prawne i psychologiczne dla osób LGBT+, a także grupy wsparcia.

Upewnij się, jak młoda osoba chce, żeby się do niej zwracać – jakich zaimków i jakiego imienia używać. O ile nie masz wpływu na brzmienie imienia i nazwiska w oficjalnych dokumentach, to dobrą praktyką, po jaką możesz sięgnąć, jest np. zwracanie się do osób niebinarnych w klasie preferowanym przez nie imieniem oraz używanie tego imienia na klasówkach czy w szkolnych konkursach. Jeśli nie wiesz, jak coś powiedzieć – pytaj. Pozwól młodym osobom na wytłumaczenie ci różnych zjawisk. Szanuj wybory młodej osoby (nie outuj²⁵ jej bez jej wiedzy).

W codziennym języku, jak również w mediach i w mediach społecznościowych, istnieje wiele słów i zwrotów raniących oraz nieadekwatnie oddających rzeczywistość osób LGBT+. Nie mówimy:

- ✗ Homoseksualizm – jest to przestarzały termin prawnomedyczny, końcówka -izm sugeruje związki z chorobą lub zaburzeniem. Na określenie orientacji psychoseksualnych używamy słów z końcówką -ość: heteroseksualność, homoseksualność, biseksualność, aseksualność;
- ✗ Zmiana płci – osoby transpłciowe nie zmieniają płci, tylko dokonują korekty płci metrykalnej;
- ✗ Osoby kochające inaczej – osoby LGBT+ kochają tak samo jak osoby heteroseksualne;
- ✗ Osoby o innej orientacji

²⁴ Mental health and interpersonal functioning in self-identified asexual men and women, Morag A. Yulea, Lori A. Brotb and Boris B. Gorzalka, *Psychology & Sexuality*, 2013 Vol. 4, No. 2, 136–151.

²⁵ Outing – to publiczne ujawnienie czyjeś orientacji psychoseksualnej, zwykle bez zgody czy wiedzy tej osoby.

Gdzie szukać wiedzy i sojuszników

- Kampania Przeciw Homofobii – działa na rzecz osób homo- i biseksualnych oraz transpłciowych: www.kph.org.pl.
- Stowarzyszenie Miłość Nie Wyklucza – działa na rzecz równości małżeńskiej, wspiera i wzmacnia osoby LGBT+: www.mnw.org.pl.
- Fundacja Trans-Fuzja – działa na rzecz osób transpłciowych: www.transfuzja.org.
- Fundacja Wiara i Tęcza – działa na rzecz chrześcijan LGBT+: www.wiaaraitecza.pl.

RZETELNE ŹRÓDŁA INFORMACJI

Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce. Raport za lata 2019-2020: https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2021/12/Raport_Duzy_Digital-1.pdf; wersja skrócona raportu: <https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2021/12/raport-maly-2019-2020.pdf>

Pakiet materiałów edukacyjnych o osobach LGBT+: https://mnw.org.pl/app/uploads/2017/10/Orientuj-sie_2020_wwww.pdf

Transpłciowa młodzież w polskiej szkole. Specyfika pomocy transpłciowym dzieciom i młodzieży. Podręcznik dla nauczycieli: <https://www.transfuzja.org/publikacje/transp%C5%82ciowa-m%C5%82odzie%C5%BC-w-polskiej-szkole>

Sądowa procedura uzgodnienia płci. Pytania i odpowiedzi: https://drive.google.com/file/d/1u8halqPzQA68-ke7QJ_JCWI9vHl8qgfm/view

Poradnik: jak pisać i mówić o grupach narażonych

na dyskryminację. Etyka języka i odpowiedzialna komunikacja: <https://etykajęzyka.pl>

Tęcza pod lupą, czyli wszystko, co chcecie wiedzieć o osobach LGBT, ale boicie się zapytać: <https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2017/12/Teczka-pod-lupa.pdf>

Wspieranie interpłciowego dziecka: <https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2019/05/WspieranieInterpłciowegoDziecka.pdf>

Tęcza w siedmiu odsłonach. Zasobnik Akademii Zaangażowanego Rodzica: https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2021/11/Te%CC%A8cza-w-siedmiu-odslonach.-Zasobnik-AZR_na-monitor.pdf; wersja do wydruku: https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2021/11/Te%CC%A8cza-w-siedmiu-odslonach.-Zasobnik-AZR_wersja_do_wydruku_domowego.pdf

BIBLIOGRAFIA:

- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*, Basic Books.
- Frankowski, B. L., & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence (2004). Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics*, 113(6), 1827–1832. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.1827>
- Haldeman, D. C. (2001). Therapeutic antidotes: Helping gay and bisexual men recover from conversion therapies. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5(3-4), 117–130.
- Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M. (2013). Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 53(1 Suppl)
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*, 103(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Loden, M., Rosener, J. (1990). *Workforce America!: Managing Employee Diversity as a Vital Resource*, McGraw-Hill Professional Publishing, 1990.
- Morag, A. Y., Lori, A. B., Gorzalka, B. B. (2013). Mental health and interpersonal functioning in self-identified asexual men and women. *Psychology & Sexuality*, 4(2), 136–151.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>.
- Stefaniak, A., Winiewski, M. (2019). *Uprzedzenia w Polsce 2017. Oblicza przemocy międzygrupowej*. Warszawa: Liberi Libri.
- Świder, M., Winiewski, M. (2021) *Sytuacja społeczna osób LGBT w Polsce. Raport za lata 2019 – 2020*. Warszawa
-



GDZIE SZUKAĆ POMOCY W M.ST. WARSZAWA

Biuro Edukacji Urzędu m.st. Warszawy

Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w m.st. Warszawa – gdzie szukać pomocy

POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA

W każdej szkole prowadzonej przez miasto zapewniona jest opieka psychologa lub pedagoga, a w aż 88 proc. szkół podstawowych i 68 proc. szkół ponadpodstawowych dzieci i młodzież mogą liczyć zarówno na opiekę psychologiczną, jak i pedagogiczną. Jednocześnie, w zależności od potrzeb, w stołecznych szkołach zatrudnia się również innych specjalistów – logopedów, terapeutów pedagogicznych oraz reedukatorów. Obecnie w związku z sytuacją epidemiczną większość specjalistów szkolnych zapewnia również zdalne formy wsparcia dla uczniów, adekwatnie do potrzeb.

Opieka i wsparcie w poradniach psychologiczno-pedagogicznych

Warszawa ma rozbudowany system poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego. W stolicy działa sieć 28 poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym 4 specjalistyczne o zasięgu ogólnomiejskim. Wszystkie poradnie psychologiczno-pedagogiczne na

terenie całego miasta świadczą bezpłatną pomoc dla dzieci, młodzieży i ich rodzin zamieszkałych na terenie m.st. Warszawy. Także bieżącą pomoc w sytuacjach kryzysowych.

Do zadań poradni należy:

- diagnozowanie dzieci i młodzieży;
- udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
- realizowanie zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję przedszkola, szkoły i placówki, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych;
- organizowanie i prowadzenie wspomagania przedszkoli, szkół i placówek w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych.

LISTA PORADNI

Poradnia dla dzielnic: Bemowo

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 20
ul. Powstańców Śląskich 17, 01-381 Warszawa
tel.: 22 666 17 74

Poradnia dla dzielnic: Białołęka

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna 21
ul. Marywilska 44, 03-042 Warszawa
tel.: 22 814 10 61 i 22 814 10 61/62

Poradnia dla dzielnic: Bielany

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 10
ul. Wrzeciono 24, 01-963 Warszawa
tel.: 22 835 03 48

Poradnie dla dzielnic: Mokotów

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 8
ul. Stępińska 6/8, ul. Kaspijska 16a,
00-739 Warszawa
tel.: 22 841 14 23 i 22 642 69 20
- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 7
ul. L. Narbutta 65/71, 02-524 Warszawa
tel.: 22 849 99 98 i 22 849 98 03

Poradnia dla dzielnic: Ochota

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 9
ul. Radomska 13/21, 02-323 Warszawa
tel.: 22 822 28 87 i 22 822 07 51

Poradnia dla dzielnic: Praga-Południe

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 4
ul. Mińska 1/5, 03-806 Warszawa
tel.: 22 810 20 29

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 16
ul. Siennicka 40, 04-393 Warszawa
tel.: 22 610 21 32

Poradnia dla dzielnic: Praga-Północ

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 5
ul. Otwocka 3, 03-759 Warszawa
tel.: 22 619 01 94

Poradnie dla dzielnic: Śródmieście

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1
ul. Żłota 9, 00-017 Warszawa
tel.: 22 826 99 86
- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 11
ul. Aleje Jerozolimskie 30 lok. 5, 00-024 Warszawa
tel.: 22 825 74 52 i 22 825 18 15
- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 12
ul. Dzielna 1a, 00-162 Warszawa
tel.: 22 636 66 99

Poradnia dla dzielnic: Targówek

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 13
ul. J. Odrowąża 23, 03-310 Warszawa
tel.: 22 811 05 22 i 22 811 26 46

Poradnia dla dzielnic: Ursus

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 15
ul. Dzieci Warszawy 42, 02-495 Warszawa
tel.: 22 886 73 28

Poradnie dla dzielnic: Ursynów

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 18
ul. Koncertowa 4, 02-787 Warszawa
tel.: 22 643 78 08 i 22 855 64 00

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 19
ul. E. Lokajskiego 3, 02-793 Warszawa
tel.: 22 648 68 37

Poradnia dla dzielnic: Wawer

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 17
ul. Żegańska 1a, 04-713 Warszawa
tel.: 22 277 20 00

Poradnia dla dzielnic: Wesoła i Rembertów

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 23
ul. 1 Praskiego Pułku 8, 05-075 Warszawa
tel.: 22 760 03 87

Poradnia dla dzielnic: Wilanów

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 24
al. Rzeczypospolitej 14, 05-075 Warszawa
tel.: 22 858 20 29

Poradnia dla dzielnic: Włochy

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 22
ul. Malownicza 31, 02-272 Warszawa
tel.: 22 846 19 18

Poradnie dla dzielnic: Wola

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2
ul. Księcia Janusza 45, 00-452 Warszawa
tel.: 22 836 70 88
- Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 1, w skład której wchodzi:
 - Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 6
 - Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 14
ul. Zawiszy 13, 01-167 Warszawa
tel.: 22 631 08 23 i 22 631 57 73

Poradnia dla dzielnic: Żoliborz

- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 3
ul. Felińskiego 15, 01-513 Warszawa
tel.: 22 277 22 10 i 22 277 22 18

Specjalistyczne Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne dla m.st. Warszawy:

- Poradnia Specjalistyczna Młodzieżowy Ośrodek Profilaktyki i Psychoterapii „MOP”
ul. Boryszewska 4, 00-781 Warszawa
tel.: 22 646 57 25
- Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „TOP”
ul. Raszyńska 8/10, 00-170 Warszawa
tel.: 22 822 36 01, 22 822 06 11
- Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Uniwersytet dla Rodziców”
ul. Raszyńska 8/10, 00-170 Warszawa
tel.: 22 822 24 46, 512 388 571
- Specjalistyczna Poradnia Profilaktyczno-Terapeutyczna dla Dzieci i Młodzieży ze Środowisk Zagrożonych Alkoholizmem „OPTA”
ul. Wiśniowa 56, 02-520 Warszawa
tel.: 22 822 24 46, 512 388 571

PSYCHOLOGICZNE CENTRUM WSPARCIA

W m.st. Warszawa w marcu 2020 r. uruchomiono Psychologiczne Centrum Wsparcia dla Rodziców, Nauczycieli i Uczniów (PCW), którego zadaniem jest pomoc w radzeniu sobie z nowymi wyzwaniami w pandemii.

Telefoniczne dyżury poradni psychologiczno-pedagogicznych są realizowane w następujący sposób:

- codziennie od poniedziałku do piątku w godz. 15.00–19.00 pod numerem 667 147 738

dyżurują specjaliści ze Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „TOP”. Dostępny jest również kontakt mailowy: mtz@mtz.waw.pl;

- w poniedziałki w godz. 10.00–14.00 pod numerem 519 047 372 dyżurują specjaliści z Poradni Specjalistycznej Młodzieżowy Ośrodek Profilaktyki i Psychoterapii „MOP”;
- w środy w godz. 10.00–14.00 pod numerem 510 205 050 dyżurują specjaliści ze Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Uniwersytet dla Rodziców”;
- w piątki w godz. 10.00–14.00 pod numerem 519 047 370 dyżurują specjaliści ze Specjalistycznej Poradni Profilaktyczno-Terapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży ze Środowisk Zagrożonych Alkoholizmem „OPTA”.

W PCW można znaleźć pomoc w trudnych sytuacjach związanych z pandemią, w tym także uzyskać pomoc dla osób podejmujących zachowania ryzykowne, doświadczających kryzysu psychicznego czy problemów związanych z uzależnieniem.

MŁODZIEŻOWY TELEFON ZAUFANIA

Od wielu lat w Warszawie działa Młodzieżowy Telefon Zaufania (MTZ). Codziennie przy telefonie dyżurują psycholodzy i pedagodzy, którzy w atmosferze anonimowości wysłuchują oraz wspierają osoby w potrzebie. Z pomocy może skorzystać każda osoba w kryzysie – przede wszystkim dzieci i młodzież – która czuje obawę, niepokój, rezygnację, lęk, samotność. Telefon 667 147 738 działa codziennie od poniedziałku do piątku w godz. 15.00-19.00.

Obecnie MTZ pełni również dyżury w ramach Psychologicznego Centrum Wsparcia.

SPECJALISTYCZNE PUNKTY KONSULTACYJNE

W Warszawie działa 12 Specjalistycznych Punktów Konsultacyjnych, których celem jest profesjonalna

pomoc osobom, które pracują z lub opiekują się dziećmi i młodzieżą ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym z niepełnosprawnościami.

LISTA PUNKTÓW KONSULTACYJNYCH

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii nr 1 „SOS” Mokotów

- trudności wychowawcze i szkolne wynikające z problemów ze zdrowiem psychofizycznym
- problemy wynikające z używania przez młodzież substancji psychoaktywnych
- pomoc i wsparcie dla specjalistów pracujących z dziećmi i z młodzieżą

Kontakt:

Koordynatorka SPK: Monika Chałuda
tel. kom: 694 474 181
tel.: 22 647 01 16
ul. Wincentego Rzymowskiego 36
mail: rymowskiego@spk.waw.pl
więcej informacji: www.mossos1.pl

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii nr 2 „Kąt” Wawer

- diagnoza problemów wychowawczych i szkolnych
- problemy wynikające z używania przez młodzież substancji psychoaktywnych
- poradnictwo w zakresie rozwoju psychoseksualnego
- poradnictwo w sprawach związanych z orientacją i tożsamością seksualną
- wsparcie i pomoc dla specjalistów pracujących z dziećmi i z młodzieżą

Kontakt:

Koordynatorka SPK: Elżbieta Kucińska
tel. kom.: 518 725 251
tel.: 22 812 58 11
ul. Zorzy 17
mail: zorzy@spk.waw.pl
więcej informacji: www.moskat.pl

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii nr 4 Bielany

- trudności wychowawcze, problemy szkolne, zaburzenia zachowania
- problemy wynikające z używania przez młodzież substancji psychoaktywnych
- doradztwo zawodowe
- problemy rodzinne

Kontakt:

Koordynatorka SPK: Małgorzata Bachulska
tel. kom.: 791 502 122
tel.: 22 834 86 84 i 22 834 63 02
ul. Reymonta 16
mail: reymonta@spk.waw.pl
więcej informacji: www.zpow.eu

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii nr 6 Wola

- trudności wychowawcze, problemy szkolne, zaburzenia zachowania
- problemy wynikające z używania przez młodzież substancji psychoaktywnych
- problemy w zakresie postępowania w sprawach nieletnich
- poradnictwo seksuologiczne

Kontakt:

Koordynator SPK: Kacper Pilczuk
tel. kom.: 795 675 251
tel.: 22 836 78 73 wew. 21
ul. Brożka 26
mail: brozka@spk.waw.pl
więcej informacji: www.mos6.edu.pl

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii nr 7 Praga-Południe

- dzieci i młodzież zagrożona niedostosowaniem społecznym, przejawiająca problemy wychowawcze
- problemy z nauką
- problemy wynikające z używania przez młodzież substancji psychoaktywnych

Kontakt:

Koordynator SPK: Krzysztof Gorczyca
tel. kom.: 730 840 461
tel.: 22 516 98 25
ul. Osowska 81
mail: osowska@spk.waw.pl
więcej informacji: www.mos7.edu.pl

Zespół Szkół Specjalnych nr 38 Praga-Północ

- praca z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną, wadą słuchu
- problemy szkolne, wychowawcze, emocjonalne
- pomoc w wyborze szkoły, doradztwo zawodowe (konsultacje mogą odbywać się w języku migowym)

Kontakt:

Koordynatorka SPK: Magdalena Sekuła
tel. kom.: 795 978 151
tel.: 22 619 72 34 w. 26
ul. Namysłowska 10
mail: namyslowska@spk.waw.pl
więcej informacji: www.zs38.edu.pl

Zespół Szkół Specjalnych nr 85 Śródmieście

- edukacja uczniów z niepełnosprawnością intelektualną
- praca nad zachowaniami trudnymi
- planowanie przyszłości dla młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną
- poradnictwo i pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z seksualnością dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną

Kontakt:

Koordynatorka SPK: Klaudia Grudkowska
tel. kom. 795 674 129
tel.: 22 620 57 72
ul. Elektoralna 12/14
mail: elektoralna@spk.waw.pl
więcej informacji: www.zssnr85.waw.pl

Szkoła Podstawowa Specjalna nr 244 Wawer

- praca z dziećmi z wieloraką niepełnosprawnością
- alternatywne i wspomagające metody komunikacji dla dzieci z trudnościami w porozumiewaniu się i niemówiących
- pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z seksualnością dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością

Kontakt:

Koordynatorka SPK: Bożena Sirko

tel. kom.: 509 593 149

tel.: 22 812 60 45

ul. Hafciarska 80/86

mail: hafciarska@spk.waw.pl

więcej informacji: sps244waw.szkolnastrona.pl

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Głuchych Wola

- diagnoza problemów szkolnych i wychowawczych wynikających z wady słuchu
- konsultacje psychologiczne dla rodzin, w których występuje problem uszkodzenia słuchu (dzieci lub rodziców)
- problemy rodzinne i doradztwo zawodowe

Kontakt:

Koordynatorka SPK: Urszula Sitnik

tel. kom. 795 832 480

tel.: 22 620 62 85 wew. 222

ul. Łucka 17/23

mail: lucka@spk.waw.pl

więcej informacji: strona.oswg-wawa.edu.pl

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 10 Praga-Północ

- autyzm i inne wyzwania rozwojowe
- komunikacja, zachowania trudne
- poradnictwo seksualne
- edukacja, życie w rodzinie
- włączanie do grupy rówieśniczej

Kontakt:

Koordynatorka SPK: Małgorzata Olmińska

tel. kom.: 505 265 886

tel.: 22 619 05 05

ul. Tarchomińska 4

mail: tarchominska@spk.waw.pl

więcej informacji: www.zspnr10.waw.pl

Szkoła Podstawowa Specjalna nr 99 Targówek

- problemy szkolne i metody pracy z dziećmi i z młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem, z zaburzeniami rozwojowymi, emocjonalnymi na terenie domu i szkoły
- zaburzenia rozwoju mowy u dzieci oraz dobór alternatywnych metod komunikacji

Kontakt:

Koordynatorka SPK: Anna Mitura

tel. kom.: 505 376 727

tel.: 22 811 03 06

ul. Bartnicza 2

mail: bartnicza@spk.waw.pl

więcej informacji: www.zsspbartnicza.waw.pl

Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Słabowidzących nr 8 Śródmieście

- konsultacje w zakresie metod nauczania dzieci z dysfunkcją wzroku, terapii widzenia, orientacji przestrzennej, integracji sensorycznej, pomocy psychologicznej, pedagogicznej i tyfłotechnicznej

Kontakt:

Koordynatorka SPK: Agnieszka Rosiak

tel. kom.: 883 127 083

tel.: 22 629 16 10 (centrala)

tel.: 22 621 68 44 (sekretariat)

ul. Koźmińska 7

mail: kozminska@spk.waw.pl

więcej informacji: www.kozminska.edu.pl

